

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE TECNOLOGIA MÉDICA

**“Utilidad de la terapia asistida con perros en la volición de
niños con parálisis cerebral en segundo grado de primaria del
colegio La Alegría en el Señor, La Molina, Setiembre 2013
estudio piloto”**

TESIS

**Para optar el título profesional de
Licenciada en Tecnología Médica**

AUTOR

**Rosario Katherine Flores Cortijo
Gina Cecilia Lino Salvador**

ASESORES

Clara Luz Sertzen Fernández

Lima – Perú

2014

UTILIDAD DE LA TERAPIA ASISTIDA CON PERROS EN LA VOLICIÓN DE NIÑOS
CON PARÁLISIS CEREBRAL EN SEGUNDO GRADO DE PRIMARIA DEL COLEGIO
LA ALEGRÍA EN EL SEÑOR

LA MOLINA, SETIEMBRE 2013

ESTUDIO PILOTO

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a Dios, que nos dio la vocación por nuestra carrera y nos inspira a crecer en ella.

A cada uno de nuestros seres queridos que nos alentaron y fortalecieron en el camino.

A los docentes, Terapeutas Ocupacionales que nos brindaron su conocimiento y apoyo para lograr culminar con éxito ésta investigación.

DEDICATORIA

La concepción de este proyecto está dedicada a nuestros padres, pilares fundamentales en nuestra vida.

A los niños que participaron en este proyecto por regalarnos juegos y sonrisas.

A Becky y a Hady (+), pequeñas compañeras de cuatro patas que inspiraron el inicio de esta aventura.

ÍNDICE

Introducción	6
---------------------	----------

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción y análisis del problema	7
1.2. Formulación del problema	9
1.3. Justificación e importancia del problema	9

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes	14
2.2. Marco conceptual	20
2.2.1. Terapia asistida con perros	20
2.2.2. Modelo de Ocupación Humana	32
2.2.3. Parálisis Cerebral	49
2.2.4 Colegio La Alegría en el Señor	56

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Hipótesis	57
3.2 Objetivos	57
3.2.1 Objetivo General	57
3.2.2 Objetivos específicos	57

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño de Estudio	58
4.2 Definición de la población de estudio	58
4.3 Diseño muestral	58
4.4 Variables	59
4.5 Procedimiento de intervención	62

4.6 Plan de intervención de terapia ocupacional incluyendo como herramienta terapéutica a un Perro de Terapia_____	63
4.7 Recolección de datos_____	78
4.8 Plan de procesamiento y análisis de datos _____	82
4.9 Consideraciones éticas _____	83

CAPÍTULO V: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1 Cronograma _____	85
5.2 Presupuesto _____	86
5.3 Recursos disponibles _____	87

CAPÍTULO VI: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

6.1 Resultados de la I Evaluación_____	88
6.2 Resultados de la II Evaluación_____	100
6.3 Resultados de la III Evaluación_____	111
6.4 Resultados Comparativos de las tres Sesiones de Evaluación____	122
6.5 Análisis de Resultados_____	129

CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN

Discusión_____	140
----------------	-----

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

8.1 CONCLUSIONES_____	142
8.2 RECOMENDACIÓN/SUGERENCIAS_____	146
8.3 LIMITACIONES_____	147

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	148
---	------------

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La Parálisis Cerebral es una patología con incidencia importante en nuestro entorno; en la actualidad diversas son las metodologías que se usan para la rehabilitación de éstos pacientes, cada una de éstas busca la adherencia del paciente y de sus familiares en el tratamiento, pues el proceso de rehabilitación suele ser de larga data.

Al respecto, el presente estudio investiga un abordaje poco convencional en nuestro medio, que es de la Terapia Asistida con Perros como una herramienta más del Terapeuta Ocupacional, con el objetivo principal de valorar la utilidad de la Terapia Asistida con Perros en la volición de un grupo de niños con diagnóstico de Parálisis Cerebral.

La investigación que a continuación se presenta, fue ejecutada en el mes de Setiembre del año 2013 en el distrito de la Molina, Lima. La población final con la que se trabajó estuvo conformada por seis niños diagnosticados con Parálisis Cerebral en segundo grado de primaria del colegio La Alegría en el Señor. El diseño del estudio es de tipo Descriptivo, Longitudinal, Cuasi Experimental y Prospectivo; con un diseño muestral No aleatorio y por Conveniencia.

Este trabajo se divide en ocho capítulos, a lo largo de cada uno de ellos se pretende valorar, reconocer y demostrar si la Terapia Asistida con Perros es útil en la Volición de nuestra población de estudio y con ello mostrar nuevas alternativas terapéuticas y así generar nuevos conocimientos para enriquecer la labor que realiza el Terapeuta Ocupacional.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La Parálisis Cerebral infantil (PCI), conocida también con la denominación de Parálisis Cerebral (PC), “es la primera causa de discapacidad *motora* en la infancia. El niño que padece de este trastorno presenta afectaciones motrices que le impiden un desarrollo normal”¹; y se define *como* “un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura que afecta a una o más extremidades (...); causante de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo en la época fetal o en los primeros años”². Este trastorno motor, puede presentarse en distintos grados entre leve, moderado y severo; con frecuencia se acompaña de trastornos sensoriales, perceptivos, cognitivos (déficit intelectual), de la comunicación (dificultad para articular palabras), sialorrea, dificultad para deglutir y masticar, contracturas musculares, alteración de la atención, concentración, entre otros.

My Child Without Limits, Washington (entidad dedicada a la difusión de estudios científicos en los campos de retraso o trastorno del desarrollo) en su publicación:

“Problemas de salud comunes asociados con la Parálisis Cerebral”³, indica que dentro de las características de los niños con Parálisis Cerebral se evidencian dificultades con la regulación emocional, ansiedad y depresión; y que desafortunadamente dichas dificultades a menudo pasan desapercibidas por el entorno con el que se interrelacionan.

La situación descrita, está estrechamente relacionada con los déficits motrices, cognitivos y sociales que en menor o mayor grado limitan en estos niños el común desarrollo de las habilidades para realizar un adecuado desempeño ocupacional, por lo que, al igual que cualquier persona que tenga disminuida alguna de sus habilidades, no podrán desenvolverse de la misma manera que lo haría otro de su misma edad; según la narrativa de Kielhofner en su libro Modelo de Ocupación Humana, se rescata que estos niños presentan gran tendencia a desarrollar sentimientos de desánimo, generando en la mayoría de casos, un impacto negativo a nivel volicional, disminuyendo la motivación e interés por realizar actividades ocupacionales propias de la edad como es el juego, rol de hijo y su rol de estudiante; esta situación propicia la manifestación de dificultades emocionales citadas anteriormente ello esencialmente conlleva a que dejen de querer hacer algo; en consecuencia, su participación ocupacional se verá limitada.

Por otra parte, tanto el contexto ambiental físico⁴ (como lo denomina Kielhofner) como el social, en el cual se desempeñan los niños con PC, impactan en ocasiones de manera negativa en su volición, esto sumado a la actitud sobreprotectora que asumen muchas familias, a la postura de la sociedad misma y a las barreras arquitectónicas existentes, hace que se les prive de oportunidades de aprendizaje, de desarrollo de habilidades motrices, cognitivas, sociales y emocionales en sus diferentes desempeños y participaciones ocupacionales a lo largo de sus vidas.

Cabe resaltar que la volición en toda persona es el componente fundamental para su actuar, el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) -modelo propio de la Terapia Ocupacional-, señala a la volición como la motivación por el hacer y el primer paso para la toma de decisiones en relación a la elección de la ocupación.

Por lo mencionado, es pertinente hallar los medios más efectivos que favorezcan la motivación del niño con Parálisis Cerebral, para que desarrolle una participación ocupacional satisfactoria. Frente a esto; rescatamos un abordaje que se realiza en la actualidad, que es el uso de animales dentro de la interacción terapéutica con niños con Parálisis Cerebral (y que también es usado con otras poblaciones); este tipo de abordaje registra resultados favorables sustentados en diferentes fuentes bibliográficas que indican una influencia emocional positiva que contribuye a conseguir resultados favorables; por tal motivo resultaría útil determinar si dicha influencia emocional y los efectos favorables que suscita, está relacionada o no con el nivel de motivación de los participantes.

Por otra parte en dicho abordaje, se emplea gran diversidad de animales como delfines, caballos, llamas, perros, gallinas, entre otros (hoy en día, todos éstos son susceptibles de ser entrenados para contribuir a fines terapéuticos); considerando las necesidades de los usuarios y el trabajo clínico del Terapeuta Ocupacional, creemos que un perro (que cuente con los requisitos necesarios para ser considerado como Perro de Terapia); sería el animal más propicio para poder llevar a cabo de manera satisfactoria, la investigación que nos ayude a dilucidar las interrogantes planteadas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es útil la terapia asistida con perros en la volición de niños con Parálisis Cerebral en segundo grado de primaria del colegio La Alegría en el Señor?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

La tenencia y cuidado de animales forma parte de la ocupación humana desde épocas ancestrales con fines de alimentación, caza, abrigo, cuidado y sin duda como compañía; considerando estas particularidades es a partir de la época de Hipócrates que los animales se han considerado de valor terapéutico para los humanos; pero fue desde principios del siglo XX cuando empiezan a utilizarlos con un sentido terapéutico en distintos tipos de instituciones: centros psiquiátricos, de recuperación de soldados heridos, etc.

Boris Levinson, a través de sus experiencias en su consulta de psiquiatría, junto con su perro *Jingles*, comienza a interesarse por las posibilidades reales de los animales para ayudar a las personas en el mantenimiento y recuperación de la salud y entonces comienza a plantear las bases de lo que hoy se conoce por Terapia Asistida con Animales (TAA)⁵.

La proximidad de personas, con o sin necesidades especiales, a animales; suele registrar un éxito especial; debido a que estos son calificados como *terapeutas innatos*⁶, tal como lo afirma en su página web la fundación española Trifolium, la cual refiere que en estudios recientes se les dio este calificativo (terapeutas innatos), por su capacidad de fomentar la comunicación, de equilibrar las emociones, y ofrecer, sin prejuicios, el sosiego que tanto anhela el ser humano. Además se conoce también que, “la Terapia Asistida con Animales (TAA) como herramienta terapéutica, ha sido utilizada con éxito en varias poblaciones”⁷ tanto adultas como infantiles.

Vicente Antonio Cuairán Félix, miembro de la Asociación Nacional de Terapias y Actividades Asistidas por Animales (ANTAA), España y autor del proyecto de innovación curricular “Facilitación de las Habilidades de Comunicación y Socialización de Alumnos con Autismo a Través de la Terapia Asistida por Animales”⁸; refiere que algunos estudios demostraron que la TAA fue eficaz para mejorar el comportamiento social de un grupo de pacientes psiquiátricos internos y de residentes geriátricos. También resultó efectiva para incrementar la movilidad, el contacto interpersonal, la higiene personal y las actividades de la vida diaria de un grupo de pacientes afectados por un brote temprano del trastorno esquizofrénico. Igualmente, fue eficiente en el tratamiento tanto de adolescentes como de niños con problemas emocionales; por otra parte nos dice que se obtuvieron resultados positivos en la rehabilitación de ancianos afectados con demencia senil o con la enfermedad de Alzheimer y finalmente que la TAA permitió aliviar los síntomas de la depresión y de la ansiedad en diversos grupos de pacientes.

Según Cristina Lara, Terapeuta Ocupacional, formada en TAA y directora de Programas de Canhotel; conseguir los objetivos de tratamiento, utilizando la

terapia asistida con animales, en muchas ocasiones, incluso con pacientes muy resistentes a otros tipos de intervención; resulta más rápido y sencillo.

Como terapeutas ocupacionales, nos resultaría significativo constatar que efectivamente hay un impacto positivo substancial en el comportamiento y/o desenvolvimiento de las personas que interactúan con un animal de terapia, pues podríamos reconocer el impacto de la inclusión de estos animales en la participación ocupacional de nuestros usuarios.

El *desempeño ocupacional* está inmerso en la *participación ocupacional*, se diferencian en que el primero aborda o se enfoca en el cómo uno realiza una determinada actividad, lo que refiere el término “forma ocupacional”; y la segunda, viene a ser en sí la actividad propiamente dicha, es decir las actividades diarias de toda persona (alimentarse, vestirse, desempeñar una profesión).

La elección de canes como instrumentos de terapia, está basada en la razón de ser “un animal de contacto directo y, por tanto, se convierte en un estímulo multisensorial que rompe la monotonía, proporcionando mucha interacción (...) el perro cataliza las interacciones, mejora la autoestima y es una buena distracción, a la vez que mejora la sensación de seguridad”⁹ por estas características innatas, el perro se convierte en un herramienta altamente motivacional. También se está teniendo en cuenta para la elección del animal, los criterios de accesibilidad y economía, lo cual resulta favorable en el manejo de perros en relación a otros animales, como por ejemplo caballos, delfines, entre otros.

A pesar de las experiencias extranjeras que manifiestan resultados satisfactorios, actualmente en nuestro país, tanto la bibliografía como la experiencia con respecto al tema en cuestión, es insuficiente. Perú no cuenta con estudios y resultados oficialmente registrados sobre la intervención terapéutica mediante la Terapia Asistida con Perros (TAP) en el campo de Terapia Ocupacional u otro campo de la salud.

Por otra parte, en la práctica terapéutica de nuestro medio, es conocido que la PCI es una de las patologías más frecuentes de discapacidad motora en la infancia, y su tratamiento, dentro de las distintas áreas de rehabilitación requiere

de periodos largos de intervención para que las respuestas a éste sean claramente evidentes, en una sesión terapéutica convencional, puede observarse que muchos de los menores no colaboran con su tratamiento porque les resulta incómodo y/o doloroso, lo cual hace que se requiera un periodo más largo de intervención para obtener algún resultado.

El deterioro físico y/o cognitivo que presentan las personas con discapacidad (incluyendo a los niños con Parálisis Cerebral) ocasiona una reducción del sentimiento de placer en las ocupaciones, esto a su vez genera sentimientos de frustración, de disminución de autoestima y pérdida de intereses. Los deterioros físicos pueden disminuir el deseo de hacer cosas⁴ es decir afectan directamente la volición de la persona, que es componente fundamental para el actuar; por tanto, uno de los desafíos presentados por la discapacidad a menudo es encontrar nuevos caminos para canalizar los propios intereses; puesto que en esencia éstos son los que infunden en la vida significado y energía.

Creemos que la inclusión de un can como instrumento de terapia, permitiría mayor participación voluntaria del niño en su tratamiento, por ser en general, este animal, un importante elemento motivacional en la participación ocupacional.

Por lo expuesto, esta investigación se justifica porque determinará si la Terapia Asistida con Perros es útil en la Volición de niños con Parálisis Cerebral en segundo grado de primaria del Colegio La Alegría en el Señor (La Molina, Setiembre 2013); y de esta manera mostrará y demostrará nuevas alternativas terapéuticas y por tanto generará nuevos conocimientos para el Terapeuta Ocupacional, a su vez en el país (tal como se está dando en países vecinos), sería el principio para generar nuevas áreas de especialización, para así poner en práctica nuevos métodos de intervención y enriquecer la labor que se realiza en nuestra área.

Cabe resaltar que para llevar a cabo la presente investigación se buscó contactar y trabajar con el apoyo de la institución Bocalan España - sede Perú (institución sin fines de lucro, que a nivel internacional cuenta con más de 20 años de fundación y cuyo objetivo principal es contribuir en la salud integral e inserción social de niños y personas con diversidad funcional y/o habilidades diferentes a través de sus

programas de “Terapia Asistida con Animales” y “Perro de Asistencia”. En nuestro país es la única institución encargada de brindar Formación de Profesionales en Terapia Asistida con Animales, además entrena y certifica internacionalmente a sus propios animales de terapia (con especial referencia a perros).

También se trabajó con la Institución Educativa La Alegría en el Señor, ubicada en el distrito de La Molina, ésta institución cuenta con más de 50 años formando y rehabilitando integralmente a niños y jóvenes con discapacidad motora y que dentro de su población, cuenta con un número importante de estudiantes con diagnóstico de Parálisis Cerebral; además se decidió trabajar con el segundo grado de primaria debido a que éste albergaba el mayor número de casos de niños con dicho diagnóstico con respecto al resto de grados.

Este proyecto supone un gran reto, pero creemos que si bien los perros no son una panacea, para muchas personas les resulta favorable interaccionar con ellos, porque de alguna manera tienen la cualidad de convertirse en un gran motivador para el bienestar físico y psíquico; aspectos que son de alta consideración en la intervención del Terapeuta Ocupacional; y se encuentran respaldadas por marcos de referencia fundamentales para la intervención de Terapia Ocupacional como es, entre otros, el Modelo de Ocupación Humana. Creemos que la investigación presentada es innovadora tanto por su campo de aplicación como por los fines que persigue.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

Vicente Antonio Cuairán Félix y el equipo técnico de la Asociación Nuevo Horizonte (España) en la investigación titulada “Facilitación de las Habilidades de Comunicación y Socialización de Alumnos con Autismo a Través de la Terapia Asistida con Animales”⁸, 2001-2002; tuvieron como objetivos: 1) Mejora de las habilidades de la comunicación, tanto no verbal como verbal (en los casos en que ésta sea posible), 2) Optimización y mejora de las habilidades de socialización, 3) Interacción de los animales de compañía, facilitando su conocimiento, cuidado y apego afectivo, 4) Afrontamiento y desensibilización ante los posibles miedos o fobias que puedan presentar los alumnos con autismo ante ciertos animales.

Con respecto a la metodología el equipo aplicó un diseño longitudinal pre – post; participaron en el proyecto 20 alumnos con autismo de ambos sexos, seleccionados de acuerdo a su capacidad intelectual no verbal (Test de Leiter), Habilidades de Socialización (Vineland Adaptative Behavior Scales), Inteligencia Social (Test de la Teoría de la Mente) y grado de severidad del autismo (Childhood Autism Rating Scale). El equipo de investigación elaboró también un protocolo de observación específico; los resultados fueron validados clínicamente

según el Índice de Cambio Fiable de Jacobson en los casos en que el resultado fuera mayor de 1,96.

La intervención terapéutica tuvo una duración de tres meses. Como conclusiones, dicho estudio señala que: la experiencia fue muy positiva, se alcanzaron los objetivos propuestos, además sugirió continuar con el proyecto en años posteriores para “poder afianzar los resultados ya obtenidos para poder ampliar y mejorar las estrategias alcanzadas, y fundamentalmente para poder desarrollar la terapia en más individuos, para así conseguir una mayor especialización en la utilización de la terapia, y unos resultados, si cabe, todavía más esperanzadores”⁸.

Isabel Salama, Felipe Lleras y Angélica Esteban desarrollaron en España la “Investigación Científica de Síndrome de Kanner (Autismo) y Perros”, 2004¹⁰; el objetivo principal fue demostrar que la psicoterapia asistida con animales ayuda a mejorar la calidad de vida de infantes con disfuncionalidades, y que esta mejora a su vez se generaliza en las personas pertenecientes a su entorno familiar.

El diseño de la investigación fue de tipo experimental N =1, los investigadores emplearon el diseño de un solo sujeto puesto que en los entornos clínicos de autismo es difícil conseguir grupos de sujeto con similares diagnósticos para poder realizar seguimientos conjuntos. P.G. (niño de 6 años de edad) fue elegido como sujeto experimental por presentar todas las características propias del síndrome Kanner asociados a un retardo mental moderado.

La información fue recabada en base a la observación, entrevista con sus padres, listado de conductas y recogidas de registros e informes médicos anteriores, test psicológicos (BATELLE, Inventario de desarrollo. J. Newborg y otros; y CUMANÍN, Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil, J. A. Portellano, R. Mateos, R. Martínez Arias, M^a J. Granados y A. Tapia). Las conductas más significativas fueron: contacto ocular prácticamente nulo, escasas señales de afecto positivas con la madre, ecolalia, estereotipias y comprensión limitada o nula de las manifestaciones emocionales de la madre. El tiempo de observación fue de dos sesiones semanales de una hora cada una, durante cinco semanas y el lugar de observación era su propia casa.

A lo largo de las sesiones, el estudio evidenció: 1) Aumento significativo del número de contactos oculares de una forma progresiva, en un principio con el perro y después generalizado a la madre y al experimentador; 2) Lento aumento de las señales de afecto, sin embargo se produjo un número significativo de correspondencias afectivas tanto hacia el perro, como hacia el experimentador y en especial hacia la madre, correspondiendo a sus abrazos; 3) Mayor intencionalidad en el lenguaje, al relacionar las acciones del perro para el posterior refuerzo. Los aleteos y estereotipias disminuyeron significativamente, excepto cuando estaba junto al perro, debido a la excitación que le producía su presencia; 4) Con respecto a la generalización de las manifestaciones emocionales de la madre, supuestamente generalizadas desde las mismas en el perro, hallaron datos significativos.

Como conclusión el estudio señala que “se pudo comprobar con éxito y rigurosidad científica que la Psicoterapia Asistida con Animales es una ciencia que tiene todo tipo de repercusiones en la conducta humana de una manera adaptativa y por tanto positiva, que está facilitada por la presencia de animales como coterapeutas de la psicoterapia”¹⁰.

Daniel Felipe Castaño y Vanessa Gómez, realizaron en Colombia un estudio acerca de los “Cambios en las narrativas de los padres sobre su hijo (a) con Parálisis Cerebral debido a la hipoterapia”¹¹, el objetivo de esta investigación fue describir los cambios que se producen en las narrativas de los padres de hijos (as) con Parálisis Cerebral sobre esta condición, sobre su hijo (a) y su incidencia en las narrativas sobre la interacción padres e hijo (a) debido al proceso terapéutico con hipoterapia que se lleva a cabo en la Fundación Centro Colombiano de Hipoterapia al que el hijo (a) asiste. Para lo cual desarrollaron un estudio de corte cualitativo, con la metodología de casos que proponen Gall, Borg y Gall (1996) teniendo en cuenta que este tipo de investigación posee ciertas características como: el estudio de fenómenos enfocándose en instancias de cada caso; la profundización de cada caso; el tratado de cada caso en su contexto natural; y la exploración o de la perspectiva de los participantes en el estudio de caso. Para esta investigación se contó con dos parejas, c/u de ellas con su respectivo hijo (a) con diagnóstico de Parálisis Cerebral, quienes asisten desde hace más de seis

meses a hipoterapia en La Fundación Centro Colombiano de Hipoterapia, dichos participantes fueron elegidos siguiendo el proceso de muestreo útil.

El instrumento utilizado por los investigadores, fue una entrevista en profundidad a los padres de familia, la cual fue revisada y aprobada por técnicos; dicha entrevista fue tomada por separado a cada familia con un tiempo de duración de aproximada una hora y media cada una; cabe resaltar que las entrevistas dadas a cada familia, se realizaron por separado a cada uno de los padres (papá y mamá) con la finalidad de tomar el punto de vista de cada uno y evitar que uno influya en el otro.

Luego de analizar dichas entrevistas, por conclusión el estudio indica que el proceso terapéutico con hipoterapia genera cambios en las narrativas de los padres de los niños con Parálisis Cerebral, estos cambios se evidencian de manera positiva, en relación a los beneficios que los padres otorgan al proceso, así se indica que: “las mejorías físicas en cuanto a la posibilidad de controlar el tronco y el cuello; mejorías psicológicas al considerar que el contacto con el animal es beneficioso para el aspecto emocional, generando un buen ánimo y facilitando la expresión de sentimientos, además de relajar física y psicológicamente a quien monta. Además de promover la sociabilidad y confianza de sus hijos”¹¹.

César Bouzón Seoane, Terapeuta Ocupacional de la Asociación de Atención a la Parálisis Cerebral y Afines, en su artículo sobre “Terapia Asistida con Animales en la Asociación AMENCER – ASPACE”; resalta que luego de un año de intervención en el que se han valorado positivamente los beneficios de la aplicación de esta Terapia en personas con discapacidad y más concretamente en personas con Parálisis Cerebral y patologías afines, considera que el perro es una “Ayuda Técnica Viva, para que los niños/as y jóvenes con parálisis cerebral, desarrollen, potencien y/o mantengan las habilidades necesarias para realizar las actividades de la vida diaria y educativas, fundamentales para su bienestar y calidad de vida”¹².

Teo Mariscal, presidente de la Fundación Bocalán, en su artículo “Parálisis Cerebral y Terapia Asistida con Animales I. Isaac y Tosha” (2009), destaca el caso

de Isaac, un niño con Parálisis Cerebral espástica que acude desde hace 9 meses al centro de rehabilitación Cercica, tiempo en el cual Isaac, con solo entrar a la sala de fisioterapia, se colapsaba, gritaba, se negaba a ser bajado de la silla y llegó, en varias ocasiones, a sufrir ataques epilépticos por la ansiedad que esta situación le provocaba. Por lo cual el centro incluyó en sus terapias sesiones de terapia asistida con perros (se incluyó a Tosha, una Golden Retriever) con una frecuencia de tres veces por semana con el fin de ver la posibilidad de conseguir que Isaac se mostrara participativo, dado que su estado físico estaba empeorando por no poder realizar la fisioterapia. El objetivo trazado fue cumplido con éxito, “Isaac trabaja en el suelo con Tosha a la perfección. Así los profesionales de Cercica pueden ocuparse de su rehabilitación de manera adecuada”¹³.

Mejía Rosas Fabiola, Paz Romero Magali, Rolón Lacarriere Oscar G, Bermudez Jiménez Arturo, en su investigación “Nivel volicional en juego mediante asistencia tecnológica en pacientes con Parálisis Cerebral infantil, tipo cuadriparesia espástica grado moderado”, publicada en el año 2010, tuvieron por objetivo: Analizar el nivel volicional en el juego que se obtiene con el uso de un interruptor adaptado a un mouse de computadora en niños con PC Cuadriparesia Espástica moderada. La investigación se realizó en el Área de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón, Estado de México, se incluyeron doce pacientes en la investigación, siete masculinos y cinco femeninos, con una edad cronológica entre 8 y 12 años. Es un estudio observacional, prospectivo, abierto, de casos y controles donde el paciente es su propio control; se valoró el nivel volicional de los pacientes a través de la aplicación del Cuestionario Volitivo Pediátrico, con lo cual se realizaron: una evaluación inicial sin ambiente adaptado y una evaluación final con ambiente modificado.

El análisis estadístico mostró significancia estadística entre las evaluaciones iniciales y finales de cada uno de los ítems, mediante T de Wilcoxon, se encontró dentro de los siguientes rubros: Intenta cosas nuevas $p = 0.001$; Permanece involucrado $p = 0.0008$; Practica habilidades $p = 0.002$; Busca desafíos $p = 0.0002$; Modifica el ambiente $p = 0.0035$; Usa la imaginación $p = 0.0003$.

Como conclusión, la investigación señala que la asistencia tecnológica impacta de

manera positiva el nivel volicional de los niños con Parálisis Cerebral Infantil Cuadriparesia Espástica de grado moderado¹⁴.

Las investigaciones y experiencias citadas, nos dejan saber que la TAP resulta una intervención no convencional con resultados favorables que pueden evidenciarse claramente en periodos relativamente cortos; dichos antecedentes son relevantes para nuestro estudio pues nos sirvieron de guía y nos dieron mayor grado de confiabilidad para ejecutar nuestra investigación.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. TERAPIA ASISTIDA CON PERROS

Para hablar específicamente de la Terapia Asistida con Perros (TAP), es importante antes, hacer un recuento histórico de la Terapia Asistida con Animales (TAA) y de su actual situación en el mundo.

2.2.1.1 Contexto Histórico

Existen evidencias de que ya en la antigua Grecia se daban paseos a caballo a personas que padecían enfermedades incurables como parte de la terapia para aumentar su autoestima⁹. Así pues, tal como lo dice GEVHA - Grupo para el Estudio de la Violencia hacia Humanos y Animales¹⁵; desde tiempos remotos los animales han sido utilizados por el hombre como parte de la terapia de sanación y/o paliación de enfermedades.

En 1953 Boris M. Levinson médico y psiquiatra estadounidense, especialista en niños descubrió de manera inesperada el potencial de ayuda terapéutica de su perro Jingles, al suscitarse una interrelación casual de dicho animal con uno de sus pacientes cuando atendía una consulta en casa, esta situación no programada permitió a Levinson observar cómo el paciente, un niño con graves problemas de retraimiento, reaccionaba positivamente ante la presencia del perro. Así pues, el psiquiatra decidió incorporar a las sesiones de terapia esta interacción entre el perro y el paciente, comprobando una gran mejoría en el estado mental del niño ya que le ayudaba a tranquilizarse, comunicarse y expresar sus emociones. Esto le impulsó a llevar a cabo una amplia investigación que le lleva a sentar las primeras bases de lo que hoy conocemos como Terapia Asistida con Perros (TAP).

Es así que Boris Levinson, se convierte en uno de los más reconocidos investigadores sobre la interacción humano -

animal, iniciando sus investigaciones con el tema publicado en Higiene Mental (1962) titulado "El perro como Co-terapeuta". De esta manera, Levinson prolongó la idea de Bossard (investigador que años antes abordó el valor terapéutico del perro doméstico) del valor de un animal para la salud del grupo familiar como trasfondo terapéutico.

Después de una serie de refinamientos y perfeccionamientos a sus investigaciones, Levinson y otros tantos seguidores, fueron registrando reportes e investigaciones sustentables que prueben la propiedad terapéutica de los animales, entre las destacadas podemos citar la de Nathanson y Faria quienes en 1993 llevaron a cabo un estudio de control, comparando las respuestas de niños en condición de discapacidad mental que interactuaban en el agua con delfines y luego cuando lo hacían con sus juguetes favoritos. Los investigadores encontraron una mejora significativa en las respuestas cognitivas de los niños cuando participaba un delfín en la interacción, a comparación de cuando interactuaban con su juguete favorito.

Otros nombres relacionados con la TAA son por ejemplo Marcel Heiman, Michael McCulloch, S. R. Rice, L. T. Brown, H. S. Caldwell, etc. No obstante, el reciente interés en el potencial del valor terapéutico de la compañía animal, se inició en gran parte por un estudio que surgió para demostrar que los efectos de tener una mascota prolongan la vida entre los que sufren problemas cardíacos. Éste es uno de los estudios más significativos hasta la fecha, el cual evaluó el efecto de la tenencia de mascotas en la salud cardiovascular, se llevó a cabo por un grupo de cardiólogos australianos.

Los datos de más de 5000 clientes que se habían inscrito para el proyecto un "Corazón Sano" fueron analizados durante un periodo de 3 años. Se encontraron marcadas diferencias entre los propietarios de mascotas y entre los que no la tenían. Entre los propietarios de mascotas, las mujeres mayores de 40, y los

dueños de mascotas varones de todas las edades tenían menor presión arterial y un 20% más bajo nivel de triglicéridos en el plasma que lo que presentaban los que no poseían mascotas. Los propietarios (varones) de mascotas entre las edades de 30 y 60 años tenían niveles más bajos de colesterol que lo que presentaban aquellos que no tenían animales. Los investigadores no encontraron diferencias en los niveles de ejercicio, la masa corporal, o los hábitos alimentarios entre los dos grupos. Los estudios relacionados que todavía están en curso están descubriendo que los hombres que no tienen animales propios tienen más quejas de dolor de la angina de pecho que aquellas que no lo hacen⁷.

Este primer estudio sobre Salud Cardiovascular incitó a otros investigadores a realizar estudios similares, la mayoría de los cuales han demostrado ya sea a corto plazo, los efectos relajantes de contacto con animales; o a largo plazo, las mejoras de la salud humana, principalmente gracias a la cualidad de apoyo social que se les atribuye a los animales. A pesar de estos resultados, el valor terapéutico positivo de la compañía animal sigue recibiendo muy poco reconocimiento en la literatura médica general, y como un campo de investigación es extremadamente poco apoyada por las agencias de financiación de los diferentes gobiernos como lo afirma Aubrey F (investigador norteamericano en el área de Terapia Asistida con Animales); sin embargo, cada vez hay más organizaciones privadas dedicadas a esta labor, además se realizan también numerosos congresos científicos e investigaciones sobre este tema a nivel internacional y se ha creado una oferta de cursos de formación y cursos de postgrado que se amplía año tras año; en nuestro país, en los últimos años también se está abriendo campo esta innovadora intervención, aunque aún hay un largo camino por recorrer.

2.2.1.2 Definición:

2.2.1.2.1 Terapia Asistida con Animales

Es una técnica, herramienta o complemento a una terapia concreta. Las Terapias Asistidas con animales precisan de la participación de un profesional de la salud (...), deben contar con objetivos concretos y criterios de evaluación¹⁶.

Se basa sobre la relación que se establece entre paciente y animal mediante la “comunicación no verbal”, que es menos exigente para el paciente.

Un animal de terapia es un animal específicamente entrenado para integrarse dentro de un programa terapéutico (...) como una herramienta al servicio del profesional, con el fin de proporcionar el necesario estímulo que permita alcanzar los objetivos terapéuticos más rápido o con un enfoque más holista del individuo (...). Los animales son un complemento a una intervención terapéutica o parte de ella pero no constituyen en sí ninguna terapia¹⁶.

Para este tipo de intervención se puede utilizar caballos, perros, aves, peces, llamas, delfines, animales de granja, etc. (éstos necesariamente deben contar con una preparación especial previa).

Se hace la elección en función del paciente y según la factibilidad de uso del animal.

Esta intervención, según criterio del profesional de salud a cargo, puede ejecutarse de manera grupal o individual, ésta es planificada previamente y tiene objetivos

específicos para el paciente, sean a corto, mediano o largo plazo. Este proceso, como cualquier otra intervención, debe ser documentado para evaluar luego sus resultados (puede utilizarse fotos, videos, etc.) y debe desarrollarla un equipo multidisciplinario (profesionales de la salud humana, técnico de TAA), quienes aportan sus conocimientos para favorecer el vínculo humano - animal.

2.2.1.2.2 Terapia Asistida con Perros

Es un abordaje terapéutico, donde se utiliza a un perro como herramienta o nexo entre el paciente y el terapeuta¹⁷.

Los perros son comúnmente los más utilizados en la terapia asistida con animales; son excelentes ayudantes de terapia, aman a las personas independientemente de su aspecto, problemas o condición social¹⁸. Además es un “facilitador social, aumenta la motivación del paciente haciendo de facilitador emocional (...) parecen disfrutar trabajando y fácilmente aprenden tareas muy específicas, se adaptan bien para nuevas tareas, tienden a ser muy atentos a sus compañeros humanos primarios, y a menudo expresan los saludos de bienvenida a otros seres humanos, especialmente a sus amigos conocidos. Es algo natural para ellos servir como entes sociales, conocer y saludar a gente nueva. Esta característica puede ser una buena base para un programa de TAA”⁷.

2.2.1.2.3 Criterios para considerar una intervención terapéutica como Terapia Asistida con Animales

Según el manual de Terapia Asistida con Animales (Fundación Bocalan España), podemos denominar una intervención terapéutica como Terapia asistida por animales, si ésta cuenta con “un triángulo de trabajo formado por el profesional de la salud, el instructor del animal y el animal”¹⁶

- **Profesional de la salud:** Es el personal de la salud a cargo (en el caso de la presente investigación se contó con la presencia de una Terapeuta Ocupacional con grado de Bachiller, asesorada por la Terapeuta Ocupacional de planta del colegio La Alegría en el Señor, al igual que en una sesión típica su función consistirá en evaluar, planificar las sesiones de acuerdo a los objetivos de tratamiento y reevaluar los progresos.
- **Instructor o asistente del animal:** Es la persona encargada del manejo del animal, quien cuenta con formación previa, su función será participar de las sesiones asegurando que el animal cumpla con las condiciones necesarias (como obediencia a sus comandos, interacción según lo demande el asistente, entre otros), para participar en una intervención terapéutica.
- **Animal de terapia:** Es el animal previamente seleccionado (en el caso de la presente investigación se contó con un Labrador Retriever hembra), entrenado y que cuenta con todas las condiciones de salubridad pertinentes, su función será seguir los

comandos que el técnico solicite, motiva al usuario a realizar la actividad planificada por el terapeuta.

Por otra parte, con la TAP se pueden realizar diferentes planes de intervención de acuerdo a la característica y necesidad de cada persona (mejoramiento de la parte física, cognitiva, social y/o emocional) y un diseño de sesiones debidamente estructurado por los profesionales que forman parte del equipo. Además de evaluaciones que verifiquen el cumplimiento de los objetivos del tratamiento. Cabe resaltar que la TAP puede ser llevada a cabo tanto de forma individual como grupal de acuerdo a los objetivos que se planteen.

La TAP no pretende ni puede reemplazar otras modalidades de tratamiento terapéutico, por el contrario, busca integrarse a ellos, para que de manera conjunta se pueda realizar un tratamiento más eficaz.

2.2.1.3 Bases de la Terapia Asistida con Perros

2.2.1.3.1 Fundamentación:

El perro es una entidad relacional por excelencia, está presente en nuestras vidas desde siempre y tiene gran poder para implicar e influenciar debido a:

a. Es altamente seductivo¹⁹

- Evoca necesidades primarias humanas como el cuidar y el explorar.
- Es un estímulo prototípico (fácil de percibir).
- Estímulo multisensorial capaz de llamar poderosamente la atención y sacar de ensimismamiento o de la situación traumática.
- Tiene un carácter lúdico, que produce una excitación positiva.
- Entrega afecto y cariño en forma incondicional.
- Conjuga semejanzas y diferencias.

b. Permite un amplio campo expresivo¹⁹

- Posee diversos canales de comunicación.
- Es una relación asimétrica.
- Es neutro, no juzga, no entra en competición ni discrimina.
- Produce empatía, el cuidar de él hace que aprendamos a cuidar de nosotros mismos.
- Estimula la capacidad de proyección (hablar con y sobre su perro antes que de ellos mismos).
- Otorga un ambiente contenedor que facilita la expresión de emociones.
- Da una sensación de calma y relajación, mediante la respuesta fisiológica de liberación de endorfinas si se propicia la situación en un ambiente que permita la interrelación adecuada.

- Por todo esto el animal da la posibilidad de poder sacar lo mejor o lo peor de cada persona.

Se deben evaluar atentamente las necesidades y la vulnerabilidad del usuario, según los objetivos previstos para el paciente por su médico o terapeuta y luego se prescriben actividades relacionales capaces de producir referencias útiles para el mismo¹⁹.

Para llevar a cabo un programa de terapia asistida con animales (con especial referencia al perro) tenemos que tener en cuenta tres afirmaciones: "Lo primero es que la herramienta de trabajo de la terapia es un ser vivo, esto significa que tiene emociones, motivaciones basadas en su etología, limitaciones debidas a su naturaleza, pero sobretodo tiene necesidades fisiológicas que se deben respetar. La segunda afirmación, es que se está introduciendo un animal en entornos sanitarios humanos complejos, por lo que es prioritario tener claro que el objetivo de la terapia es la mejora de los pacientes. Esto se traduce en la necesidad de establecer controles veterinarios estrictos y periódicos para asegurar la salud del animal y evitar zoonosis"⁹ (con los cuales cuenta el presente proyecto, por tener como recurso disponible a un animal adecuadamente preparado y certificado para los fines que perseguimos). Y por último, y relacionado con las dos afirmaciones anteriores, es que en el trabajo de Terapia Asistida con Animales intervienen varias disciplinas, y no necesariamente llevadas a cabo por el mismo individuo. Se trata de un trabajo en equipo"⁹.

En los años 70 - 80 y con el fin de zanjar una larga discusión entre la diferencia entre Actividades Asistidas por Animales y Terapia Asistida con Animales, se establecieron los siguientes criterios:

- a. AAA o Actividades Asistidas con Animales serían aquellas cuyo objetivo fuese realizar actividades de beneficio motivacional, educacional o recreativo con el objeto de mejorar la calidad de vida de los destinatarios. Nadie evalúa ni mide el progreso del paciente y se pueden llevar a cabo por cualquier voluntario⁹.
- b. TAA o Terapia Asistida con Animales es una intervención con animales con una meta terapéutica específica y con un animal seleccionado para llevar a cabo el programa. El objetivo es la mejora del paciente o destinatario en los campos para los que el programa se ha diseñado, ya sean físicos, sociales, emocionales o cognitivos. Todo el proceso debe estar evaluado y documentado. En ambos casos los animales deberán haber superado las pruebas relacionadas con su estado sanitario y comportamental⁹.

Desde hace años se ha planteado la necesidad de comprobar y comparar metódicamente los beneficios de éste tipo de terapias en referencia a otras terapias tradicionales o innovadoras. Dado que se han desarrollado multitud de experiencias sobre diversas patologías, establecer criterios de valoración homogéneos es un trabajo que deberá desarrollarse a medida que estas experiencias aporten datos objetivos⁹.

2.2.1.4 Beneficios de la Terapia Asistida con Animales

A nivel internacional, la TAP es muy empleada, ya que este abordaje evidencia resultados beneficiosos desde las primeras sesiones de intervención; asimismo gracias a investigaciones realizadas y a los numerosos testimonios acerca de los beneficios que ésta aporta, se puede afirmar que la TAP puede ser empleada con eficacia en el tratamiento de diversas patologías. Algunos de los grupos de personas con necesidades especiales susceptibles de beneficiarse de la Terapia con Animales son⁹:

- a. En el ámbito de la salud en general:
 - Larga convalecencias.
 - En usuarios con Parkinson, esclerosis múltiple, Parálisis Cerebral, autismo etc.
 - Enfermos terminales, HIV y otros enfermos crónicos.
- b. Programas de educación especial para niños.
- c. Centros de acogida de menores.
- d. Prisiones.
- e. Programas para mujeres maltratadas.
- f. Residencias de ancianos.
- g. Otro tipo de programas.

Por lo cual la TAP puede ser aplicada como herramienta terapéutica en diversas áreas de la salud como: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicología entre otras.

La Fundación Bocalan señala que el animal juega un papel fundamental como elemento altamente motivador, generador de vínculos, de estímulos multisensoriales y de refuerzo positivo. El adiestramiento avanzado y especializado de los perros que integran estos programas y la motivación provocada en los pacientes por la presencia de los canes, hacen de este tipo de terapias un complemento magnífico para todo proceso terapéutico. El terapeuta utiliza al Perro de Terapia como un vehículo de contacto entre el paciente y sí mismo. El perro es un estímulo altamente multisensorial y motivador, capaz de focalizar la atención del sujeto; por ejemplo en niños con problemas de motricidad se consigue elevar la motivación para la ejecución de movimientos con propósito.

En Terapia Ocupacional, la TAP puede ser empleada para potenciar y trabajar diversas áreas del desarrollo, pues estos animales pueden ser utilizados como una gran fuente motivante (es decir se puede trabajar directamente a nivel de la voluntad de la persona, específicamente en nuestro caso del niño).

Además tal como nos lo afirma Cristina Lara B. Terapeuta Ocupacional y directora de Programas de Canhotel, España: “La participación de animales adecuadamente dirigida aportan al tratamiento:

Motivación: son un elemento novedoso, divertido, dinamizador.

Implicación e iniciativa: los pacientes tienden a implicarse más en las actividades que realizan con el animal ya que las ejecutan con agrado, desean interactuar con el animal, incluso realizan movimientos, expresiones y/o actividades por propia iniciativa o respondiendo de forma espontánea a las demandas del animal.

Atención, Concentración y Estimulación: la presencia de un animal generalmente centra y mantiene toda la atención de los pacientes, lo que se puede aprovechar para lograr mejor rendimiento en el trabajo sobre la propia atención, motivación e interés. Lo mismo ocurre con la concentración. El animal supone una inagotable fuente de estimulación multisensorial en su interacción con los humanos (su movimiento, su contacto físico, los ruidos que realizan, etc.)”⁵.

Por lo mencionado creemos que la TAP nos puede ser útil a los Terapeutas Ocupacionales (y a otros profesionales de la salud) en el tratamiento de diversos colectivos de usuarios, específicamente creemos que lo será para poder impactar en la volición de nuestra población de estudio propuesta.

2.2.2. MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO) es un modelo propio de la Terapia Ocupacional, se basa principalmente en una teoría de sistemas dinámicos, es decir este modelo concibe al ser humano compuesto por tres elementos: Volición, Habitación y Capacidad de desempeño. Con ello “este modelo busca explicar cómo las personas se motivan para elegir su comportamiento ocupacional, de qué modo las personas aprenden y sostienen los patrones recurrentes del hacer, que forman la vida cotidiana y por último, de qué modo las personas pueden participar en una gama amplia de acciones físicas, cognitivas y sociales”²⁰. De la misma forma en que estos tres elementos se interrelacionan; las personas y sus ambientes son inseparables, esto debido a que toda persona se desempeña en un determinado contexto ambiental (sea físico y/o social) y esto influye en su comportamiento ya que el ambiente otorga una serie de oportunidades, limitaciones, recursos y demandas, las cuales tienen gran impacto sobre la participación ocupacional de la persona.

En la etapa de la infancia, los niños atraviesan por una transformación a nivel de su volición, habitación y capacidad de desempeño, esto se debe a que en esta etapa los niños se encuentran en constante desarrollo sensoriomotor, socioemocional, lo cual hará que el niño crezca como un ser ocupacional, con capacidades propias de hacer, pensar y sentir; todo esto se convertirá en las bases para que el niño posteriormente al alcanzar su desarrollo madurativo, se haga competente frente a las demandas de su ambiente y su participación ocupacional sea adecuada: explorando, utilizando al máximo todas las habilidades que posea y supliendo determinados déficits con nuevas habilidades o nuevas alternativas según su motivación lo demande.

En los niños con Parálisis Cerebral, la capacidad para interactuar en su medio requiere apoyo y desarrollo de su volición; la cual casi siempre es la más complicada de comprender, porque no sabemos con precisión qué es lo que los motiva, debido a que estos niños generalmente presentan dificultades para expresar sus gustos, preferencias, mortificaciones, desganar, confianza, temores, inseguridad, metas, anhelos y deseos. Sin

embargo, a pesar de esta realidad, ofreciéndole un abanico de experiencias y valiéndonos de una observación minuciosa de cómo hacen las cosas y cómo responden frente a estas, podemos aprender mucho de qué es lo que los motiva.

2.2.2.1 La Ocupación

La ocupación humana se refiere al hacer del trabajo, juego o de las actividades de la vida cotidiana dentro de un contexto temporal, físico o sociocultural que caracteriza gran parte de la vida humana. Así tenemos, que la ocupación indica la acción o el hacer de todo ser humano, esta ocupación se retrata más típicamente como formada por tres áreas: las actividades de la vida diaria (AVD) las cuales son necesarias para el autovalimiento; el juego (parte de la recreación de toda persona) y el trabajo que incluye actividades en las que se participa como estudiante, empleado, voluntario, padre, compromiso con un pasatiempo serio y aficionado⁴.

En el niño, según va creciendo, su ocupación va variando de acuerdo a sus intereses personales, necesidades, habilidades sensoriomotoras, cognitivas, sociales, emocionales y posibilidades de desarrollo; además el contexto ambiental en el que se desempeñe generará en él nuevas formas de ocuparse.

Los niños con Parálisis Cerebral tienen experiencias más limitadas que un niño con desarrollo típico, no sólo por las restricciones que pueda encontrar en el entorno que le rodea sino principalmente debido a que sus habilidades se ven disminuidas por el déficit motor y las consecuencias que consigo trae dicha patología, esto hará que su ocupación y motivación para explorar e involucrarse en nuevas formas ocupacionales se vea afectada. En consecuencia la sensación de empoderamiento o dominio del ambiente en el cual se desempeña se verá disminuido, sin duda, esto afectará el nivel de participación ocupacional de los niños con Parálisis Cerebral.

Por lo tanto es importante proporcionar entornos, tanto familiares como terapéuticos, motivadores y que involucren a los niños con Parálisis

Cerebral, como participantes activos, pudiendo así ser los guías de sus propias vidas en la medida de sus posibilidades funcionales.

2.2.2.2 Argumentos Teóricos del Modelo de Ocupación Humana

Antes de tratar la “volición” que es uno de los puntos medulares de la presente investigación, es importante hacer referencia a los otros dos aspectos que conjuntamente con la volición integran las bases teóricas del MOHO.

Así tenemos la habituación, la cual “analiza cómo las personas se comportan de una forma en su rutina diaria, y realizan las cosas de un modo muy similar al que las hicieron antes (incluso frente a una misma posición sociocultural personas diferentes actúan de un modo similar)”⁴.

En resumen, en gran parte de la vida humana se realizan acciones similares que siguen una regla o patrón definido, es decir existe un patrón común en la ocupación.

El tercer aspecto evaluado en el MOHO es la capacidad de desempeño, que viene a ser la facultad de los seres humanos de hacer cosas mostrando una gama extraordinaria de habilidades para realizarlas; dicho desempeño exige que las personas anticipen, planifiquen y observen lo que sucede, hagan ajustes y decidan que hacer luego⁴.

2.2.2.3 Volición

2.2.2.3.1 Definición:

La volición puede definirse como un patrón de pensamientos y sentimientos acerca de la propia persona como actor en el propio mundo que ocurren a medida que uno anticipa, elige experimenta e interpreta lo que uno hace⁴.

Por lo tanto el sistema volitivo es el responsable de escoger e iniciar el comportamiento; estas ganas que tiene todo ser humano de actuar y de elegir un comportamiento, tiene una base biológica. Todos los seres humanos poseen un sistema nervioso

complejo que le otorga la necesidad de actuar; el hecho de que podamos mirar, tocar, caminar, alcanzar, sostener y dar forma al mundo es una invitación irresistible a actuar⁴.

Es así como el ser humano se siente competente y encuentra satisfacción en realizar cosas si halla valor en lo que hace.

En los niños, según las oportunidades que encuentren en su ambiente, los recursos y/o las limitaciones que de éste obtengan, las demandas o la falta de éstas; impactarán sobre el modo en el que el niño piensa, siente y actúa. Cuanto mayores experiencias exitosas y estímulos proporcionados por el ambiente tengan, su motivación por actuar se verá incrementada, de este modo, el niño se interesará por conseguir y aprender nuevas habilidades para estar acorde y sentirse competente frente a las demandas de su entorno.

Según Kielhofner, en una investigación donde se utiliza el PVQ (Cuestionario Volitivo Pediátrico), su equipo de investigadores determinó que los hallazgos del estudio sugieren firmemente que “los niños con diversidad funcional se encuentran en riesgo de menor volición”⁴; por tal motivo, resulta importante encontrar los medios que permitan favorecer una adecuada volición en estos niños, para que de esta manera se decidan a hacer y adoptar un papel activo en sus vidas. Para poder entender con más claridad el impacto que la volición tiene en el actuar del niño es importante conocer como está conformado el sistema volitivo, el cual se conceptualiza como formado por tres áreas: causalidad personal, valores e intereses.

A. Causalidad Personal

Se define como el conjunto de creencias y expectativas que una persona tiene acerca de su efectividad en el ambiente.

Presenta dos dimensiones:

La primera de estas, se refiere al **sentido de capacidad personal**, la cual es una autoevaluación de las capacidades físicas, intelectuales y sociales; asimismo las experiencias que tenemos a lo largo de la vida, pueden cambiar nuestros puntos de vista acerca de nuestras capacidades, si bien puede mostrarnos que tenemos un talento oculto, también puede recordarnos que nuestras capacidades son limitadas; este conocimiento de que uno es menos capaz que otros, conlleva generalmente a sentimientos de angustia, desánimo y sufrimiento.

Es por esta razón que los niños con Parálisis Cerebral según sus limitaciones físicas, cognitivas y sociales, son conscientes que son menos capaces que otros evidenciándose así una disminución en su sentido de capacidad, debido a esto participan menos en nuevas experiencias por temor al fracaso y porque el valor que le dan a sus capacidades físicas, intelectuales y sociales está disminuido.

La segunda dimensión se refiere a la **autoeficacia**, que involucra los pensamientos y sentimientos que uno tiene relacionados con la efectividad percibida en el uso de las capacidades personales para lograr los resultados deseados en la vida. Por otra parte, la pérdida de la función, la discapacidad, tiene un impacto significativo en la autoeficacia. Los niños con diversidad funcional cotidianamente desarrollan sentimientos de ineficacia, esto generalmente conlleva a que desarrollen sentimientos de dependencia, y a que no se sientan capaces y seguros de poder realizar por sí mismos una determinada acción.

Finalmente, frente a la discapacidad, la causalidad personal es un proceso altamente individualizado para descubrir el modo en que el deterioro puede reducir o complicar las cosas que uno debe y desea hacer. Si hablamos de niños con Parálisis Cerebral, su percepción de sí mismos en cuanto a su

efectividad para conseguir sus deseos y suplir sus necesidades se ve alterada por los déficits que la patología comprende, propiciando que su nivel de dependencia se vea más arraigado y su valor de capacidad se vea notablemente reducido; por lo cual no se sienten autoeficientes para responder a las demandas del ambiente en el que se desempeñan, y esto se evidencia en su entorno de juego, familiar, social y académico.

B. Valores

Los valores implican un compromiso para actuar de manera socialmente aceptada que nos permite experimentar un sentido de pertenencia a un grupo. Los valores determinan el sentido e importancia de las ocupaciones que realizamos, determinan el grado de satisfacción que se deriva de desempeñarlas.

Adquirimos nuestros valores como un conjunto coherente de convicciones; estas convicciones provienen de un mundo culturalmente definido, las cuales precisan lo que tiene importancia realizar en la vida.

La interacción entre los valores y la discapacidad es compleja, los niños con diversidad funcional a menudo se encuentran desvalorizadas por los mismos estándares de la sociedad; esta discontinuidad entre la propia capacidad y lo que uno valora puede reducir la autoestima. Por consiguiente, la existencia de una discapacidad también puede ser la ocasión crítica para el desarrollo de nuevos valores.

Si comparamos los valores que tiene un niño con desarrollo típico versus los de un niño con Parálisis Cerebral, en éste último su sentido de pertenencia a un grupo será muy pobre, debido a que socialmente no se encuentra identificado y aceptado, porque se siente y se nota diferente en su medio; produciéndose una mala adaptación a su entorno, sea por la

sobre protección que recibe por su círculo próximo o por el relego y/o estigmatización que puede percibir de su medio social. Asimismo manifiestan poca disposición para tomar riesgos en diversas áreas (social, académica, deportiva) o involucrarse en nuevas cosas, porque le restan valor a lo que hacen.

C. Intereses

Son disposiciones a encontrar ocupaciones placenteras, se ponen principalmente en manifiesto en aquellos aspectos en los que las elecciones se producen de manera más libre. Por ejemplo las actividades en nuestro tiempo de descanso pueden estar basadas casi exclusivamente en intereses, mientras que las actividades productivas son el resultado de una combinación de intereses, destrezas, restricciones ambientales, etc.

Dado que no experimentamos todas las ocupaciones con igual placer o satisfacción, cada uno de nosotros desarrolla un patrón singular de intereses; este patrón de intereses es la configuración de las cosas preferidas para hacer que una persona ha acumulado a partir de la experiencia⁴.

Es así que en los niños con Parálisis Cerebral el deterioro que puedan presentar, ocasionará una reducción del sentimiento de placer en las ocupaciones porque las encuentran complicadas de ejecutar, o porque tienen a alguien que las ejecute por ellos o finalmente porque el propio deterioro causa afecciones somáticas como dolor, deformidades, entre otras; lo cual hace que si la actividad no está dotada de una carga altamente motivante, se genere sentimientos de frustración, de disminución de autoestima y pérdida de intereses. En relación a ello con respecto a la discapacidad, Kielhofner, señala “uno de los desafíos presentados por la discapacidad a menudo es encontrar nuevos intereses o nuevos caminos

para canalizar los propios intereses (...). Ya que, son los intereses los que infunden en la vida significado y energía"⁴. Es así que el reto de las personas involucradas en el desarrollo del niño con Parálisis Cerebral, radica en proporcionar experiencias motivantes que logren impactar en el interés del niño, para que éste según el nivel de afección en el que se encuentre, se sienta motivado para involucrarse activamente, aprender y mantener una adecuada participación ocupacional.

La volición es un proceso dinámico que involucra un ciclo de anticipación, hacer elecciones, experimentar mientras hace e involucra finalmente una interpretación, a esto se conoce como procesos volitivos, y la importancia de dichos procesos radica en que estos nos permiten explicar de qué modo las tres áreas descritas anteriormente (causalidad personal, valores e intereses) que conforman la volición, forman parte de un patrón coherente de pensamientos y sentimientos que se despliega en la vida cotidiana.

A continuación se describen los procesos volitivos:

A. Anticipación:

Considera como el proceso de notar, prever de acuerdo a la experiencia el resultado que tendremos luego de realizar una determinada acción, por tanto nos da una idea acerca de la manera en que debemos actuar y si la acción que vamos a realizar nos resulta provechosa, por consiguiente la anticipación volitiva nos conduce a la planificación de nuestras acciones que realizaremos en el futuro.

B. Hacer elecciones:

Las elecciones de actividad ocurren cuando tenemos la necesidad o la oportunidad de tomar una decisión acerca de qué hacer. Pueden surgir cuando anticipamos tiempo libre o

cuando tenemos que elegir entre cosas por hacer. Así también los individuos realizan elecciones más grandes, las cuales involucran un compromiso por parte de la persona para asumir un rol ocupacional, como convertirse en un estudiante o padre, o cuando se acepta un trabajo.

C. Experiencia:

El modo en que experimentamos lo que hacemos está influido también por la volición. Cada vez que realizamos nuestras actividades diarias, generamos una serie de experiencias; por ejemplo podemos sentir alegría, placer, angustia, aburrimiento, sentimientos de confianza, de duda y/o temor. Por lo tanto, la experiencia representa los pensamientos y sentimientos generados luego de realizar una acción.

D. Interpretación:

No nos quedamos solamente con la experiencia, sino que la analizamos e interpretamos. A través de las interpretaciones de nuestro desempeño y bajo la influencia de los valores propios, construimos ideas acerca del futuro; estos pensamientos y sentimientos resultantes luego de nuestra interpretación moldean el modo en que anticiparemos oportunidades y acciones que realizaremos posteriormente.

En la infancia, según el niño va creciendo, la volición pasa por una gran transformación. “A medida que los niños experimentan cosas, emergen su causalidad personal, sus intereses y sus valores”⁴.

La volición en la infancia experimenta un proceso de cambio, en los primeros años principalmente se ejecutarán elecciones de actividades, posteriormente para adoptar proyectos personales los niños comienzan a hacer elecciones ocupacionales.

La causalidad personal comienza con la conciencia que tienen los niños de que pueden hacer que las cosas sucedan. Al comienzo el sentido de esta capacidad en los niños, solamente la conocen de manera muy general, con el tiempo van ganando la conciencia de sus capacidades y fracasos a través de su participación en el medio ambiente.

Los valores que se generan en el niño así como sus actividades y sus elecciones ocupacionales al principio son influenciados por la aprobación o no de su entorno social (familia), y posteriormente en concordancia a ello el niño va otorgando valor a lo que hace.

Los intereses en el niño se van modificando y expandiendo, según las capacidades que va adquiriendo conforme se desarrolle.

En el niño con Parálisis Cerebral, estas áreas y procesos volitivos se verán afectados, debido a que las propias condiciones de la discapacidad, restringirán sus experiencias y oportunidades, lo cual limitará su participación ocupacional. La limitación de las capacidades que estos niños presentan, hace que el valor que le dan al hacer cosas sea pobre, en consecuencia su motivación e interés se verán disminuidos, pues el niño no encuentra placer ni satisfacción en la mayoría de cosas que realiza.

2.2.2.4 Capacidad de Desempeño

Se define como la capacidad de hacer cosas provistas por el estado de los componentes físico y mental objetivos y la experiencia subjetiva correspondiente, por lo que esta capacidad implica aspectos objetivos y subjetivos⁴.

En los niños con Parálisis Cerebral que tienen limitaciones de diversa índole sea motora, cognitiva, etc.; se verán afectados tanto componentes objetivos (físico, mental) como su experiencia subjetiva de desempeño,

por lo tanto tendrán experiencias correspondientes a sus capacidades y a sus limitaciones. He aquí donde radica la importancia de prestar atención a la naturaleza de estas experiencias y al modo en que pueden moldear el desempeño del niño.

Al analizar el aspecto de la experiencia de la capacidad de desempeño, empleamos un concepto denominado *cuerpo vivido*; éste concepto dentro del MOHO es aquel que se utiliza para analizar lo subjetivo en la capacidad de desempeño.

El concepto del *cuerpo vivido* hace referencia a la experiencia de ser y conocer el mundo a través de un cuerpo particular⁴. Este concepto también ofrece nuevas formas de comprender tanto el modo en que podemos desempeñarnos como el modo en que se experimentan la enfermedad o el deterioro y cómo estos afectan la volición y por tanto el desempeño, situación en la cual a menudo es radicalmente diferente de la experiencia en un estado sin discapacidad. Es así que las personas que padecen alguna limitación como es el caso de los niños con Parálisis Cerebral, tendrán una experiencia particular que acompaña a su discapacidad. Tener presente esto, nos permitirá ser conscientes de la experiencia de las limitaciones y alteraciones que influyen en la capacidad de nuestros niños y del valor que le otorgan o le restan a determinadas formas ocupacionales; lo cual a la vez nos permitirá identificar el potencial que tiene la naturaleza de la experiencia y la motivación dentro de su discapacidad en el proceso de cambios con el curso del tiempo.

2.2.2.5 Dimensiones del Hacer

Cuando identificamos lo que las personas hacen en el curso de sus ocupaciones pueden identificarse distintos niveles del hacer⁴. Existen tres niveles del hacer, estos son:

A. Participación Ocupacional

Se utiliza para referirse a la participación en el trabajo, juego o actividades de la vida diaria que forman parte del propio contexto

sociocultural y que son deseados y/o necesarios para el propio bienestar⁴. Participación también implica experiencia subjetiva. Asimismo la participación ocupacional es influida en conjunto por: capacidad de desempeño, habituación, volición, condiciones ambientales.

B. Desempeño Ocupacional

El desempeño ocupacional se refiere a hacer una forma ocupacional. Dado que la mayor parte de nuestro desempeño de las formas ocupacionales incluye acciones que forman parte de nuestras rutinas diarias, la habituación tiene una influencia importante sobre el desempeño. Por otra parte, el desempeño también es afectado profundamente por el medio ambiente. Por ejemplo, las adaptaciones que se hacen a los materiales que usan los niños con Parálisis Cerebral les ayudan a completar una forma ocupacional a pesar de sus limitaciones en la capacidad de desempeño.

C. Habilidades

Son las acciones concretas que realizamos en medio del emprendimiento de una forma ocupacional⁴. Existen tres tipos de habilidades: motoras, de procesamiento (“acciones secuenciadas lógicamente en el tiempo, mediante la selección y el uso de las herramientas y los materiales apropiados y la adaptación del desempeño cuando se encuentran problemas”⁴) y habilidades de comunicación e interacción (“transmisión de intenciones y necesidades y la coordinación de la acción social para actuar junto con las personas”⁴).

Los déficits de los niños diagnosticados con Parálisis Cerebral, en función de la gravedad generan un deterioro en el desarrollo de habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación, por tanto éstos generan que los niños tengan dificultad para poder llevar a cabo un buen desempeño ocupacional, esto a su vez producirá una limitación en su participación ocupacional, la cual si bien puede verse afectada por

las limitaciones del desempeño ocupacional no necesariamente la impiden, esto debido a que el niño con Parálisis Cerebral puede realizar elecciones volitivas que favorecen su buena participación ocupacional, y además el ambiente puede brindar las oportunidades adecuadas que a su vez generen un gran impacto volitivo que lo invite a desarrollar su participación ocupacional.

2.2.2.6 El Medio Ambiente y la Ocupación

El medio ambiente puede definirse como las características físicas y sociales particulares del contexto específico en el cual se hace algo que tiene impacto sobre lo que uno hace y sobre el modo en que se hace⁴. Esta definición hace referencia a que todas las personas, realizan sus actividades en distintos medios ambientes en el transcurso del día, y que además cada contexto ambiental, influye en el modo en que se desempeña la persona. Así, el niño con Parálisis Cerebral se desempeñará según sea el contexto ambiental en el que se encuentre, si es un ambiente motivante para él, entonces se esforzará por realizar sus actividades y/o rutinas diarias de manera eficaz; por el contrario si el contexto ambiental es sobre exigente, se generará en él una situación de estrés, de saturación de estímulos ambientales, lo cual no invitará al hacer y por último si el contexto ambiental no es motivante, causará en el niño sentimientos de desganado y de apatía para el hacer.

En general la mayoría de los medios ambientes, ofrecen una gama de oportunidades para elegir el hacer⁴. De esta manera observamos también como el ambiente puede proporcionarnos recursos para sostener nuestra motivación. El ambiente social también cumple un papel fundamental, aporta sentimientos de confianza, da seguridad y apoyo emocional para sostener el esfuerzo hacia un objetivo, lo cual impactará de manera positiva en la motivación para la elección y ejecución de una actividad.

Así como el ambiente nos brinda oportunidades y recursos para elegir y hacer, también moldea nuestras acciones y/o establece límites, por ejemplo, cuando un niño ingresa a una escuela, debe seguir las normas

de dicho lugar, como utilizar un uniforme, acudir diariamente al colegio, cumplir con el horario determinado, estudiar, rendir exámenes, cumplir con los deberes, entre otros.

Cada medio ambiente ofrece una cantidad de oportunidades y recursos, demandas y limitaciones⁴; esto será conocido como Impacto ambiental, De ese modo, tomando la relación entre las demandas ambientales y las capacidades de desempeño, si el medio ambiente desafía las capacidades de la persona, incitará su motivación por realizar un desempeño competente, por el contrario si la demanda ambiental exige un desempeño por debajo de la capacidad de la persona, ocasiona desgano y desinterés.

En cambio, si la demanda ambiental supera las capacidades de la persona puede generar ansiedad, angustia de no poder responder de acuerdo a las exigencias del ambiente⁴.

Por otra parte, es importante resaltar que el medio ambiente está comprendido por:

a. Ambiente físico: Todo lo que experimentamos y podemos hacer es, en alguna medida, una función de nuestra ubicación en un mundo físico. Los espacios en los cuales actuamos y los objetos que encontramos dentro de ellos tienen impacto sobre nuestro hacer cosas⁴.

Dentro del medio ambiente físico encontramos una variedad de objetos. Los objetos se definen como cosas naturales o fabricadas con las cuales interactuamos y cuyas propiedades influyen en lo que hacemos con ellas. Los objetos también influyen fuertemente en la ocupación. Por ejemplo, el hecho de que los niños participen en un juego solitario o social depende de los tipos de juguetes y del equipamiento que estén presentes; asimismo los objetos también influyen en la conducta simplemente en virtud de sus propiedades intrínsecas.

b. Ambiente Social: El medio ambiente social incluye los grupos de personas con las que uno se reúne y las formas ocupacionales que uno realiza. Ambos brindan recursos y oportunidades para hacer mientras demandan y restringen la acción⁴. En el Ambiente Social, se puede considerar además otros.

En los niños con Parálisis Cerebral, el ambiente crea situaciones donde las formas ocupacionales (secuencia que típicamente se realiza en una acción y que a la vez es coherente y orientada a un propósito, y son culturalmente reconocidas); suelen ser en determinadas ocasiones poco desafiantes, como cuando existe sobreprotección del entorno cercano o que le ofrezcan alternativas con pobre reto acorde a su desarrollo funcional, cognitivo y cronológico; y en otras sobre exigentes a sus capacidades, como cuando requieren autovalerse, realizar actividades escolares que sobre exijan a sus habilidades actuales, practicar algún deporte, entre otros; lo cual disminuye el interés y la motivación por su participación ocupacional, aquí se establece la importancia de que el niño obtenga del ambiente un impacto positivo sobre su motivación, el cual lo invite a explorar, a experimentar y a ocuparse.

La ocupación, sufre transformaciones a lo largo de la vida, éstas se dan según su contexto sociocultural. En el niño, su desarrollo se ve reflejado según su participación ocupacional, esta participación no siempre es la misma sino que atraviesa por etapas de cambio, lo que brindará dirección y significado en su vida.

2.2.2.7 Etapas de Cambio:

Al igual que en toda persona, la participación ocupacional de los niños atraviesa etapas de cambio, estas son:

A. Exploración: Considerada como la primera etapa del cambio, donde el niño intentará cosas nuevas y como consecuencia aprenderá de sus propias capacidades, preferencias y valores.

Brinda la oportunidad para el aprendizaje, el descubrimiento de nuevas maneras de hacer y de nuevas formas de expresar capacidad; además da sentido al desempeño del niño, de lo disfrutable que es la tarea y del significado que ésta puede tener para la propia existencia. Requiere un medio ambiente que brinde la seguridad necesaria y que a la vez sea poco demandante, debido a que una persona que está explorando aún no está segura de su capacidad o deseo, por ello son relevantes los recursos, y las oportunidades que se hallen en el medio ambiente.

B. Competencia: En esta etapa, el niño empieza a consolidar nuevas formas de hacer que fueron descubiertas en la etapa anterior. En esta segunda etapa, el niño se esfuerza por estar a la altura de las demandas de una situación, ajustándose o mejorando según las demandas y expectativas ambientales.

Este proceso de lucha por la competencia, conduce al refinamiento de habilidades previas, al desarrollo de nuevas habilidades y a la organización de estas habilidades en hábitos que sustentan el rendimiento ocupacional.

El niño gana un sentido creciente de autocontrol gracias a la competencia; a medida que el niño busca hacerse más competente según su medio ambiente se introduce en un proceso de convertirse, crecer y llegar a alcanzar un mayor sentido de eficacia.

C. Logro: En esta tercera etapa, el niño tiene suficientes habilidades y hábitos lo cual le permite participar plenamente en alguna actividad nueva (sea de trabajo, recreativa o de AVD).

Durante esta etapa, la identidad ocupacional, es remodelada para incorporar el área nueva de participación ocupacional, además para acomodar el nuevo patrón global para sostener la competencia ocupacional, otros roles y rutinas deben alterarse. Se debe considerar también que en esta etapa de cambio si todas las áreas de participación ocupacional del niño están cambiando, algunas áreas pueden alcanzar el logro primero que otras.

El hecho de que los niños con Parálisis Cerebral, intenten cosas nuevas; puede resultar una realidad poco atractiva, de poco valor o incluso frustrante, por lo tanto el aprendizaje, la capacidad de hacer, el sentido de desempeño de cada uno de estos niños se verán disminuidos, por el pobre potencial de exploración que manifiestan; por este motivo es importante cuidar o hallar las formas de que el medio ambiente en que se desenvuelvan no sea sobre exigente, sino que al contrario se muestre seguro, atrayente y con varias oportunidades; de este modo se podrá conseguir que el niño se atreva a explorar y con ello se dará el primer gran paso hacia el cambio, y posteriormente el niño irá consolidando las nuevas formas de hacer ya descubiertas y buscará hacerse más competente, crecer y sentirse eficaz hasta alcanzar el logro, que será la etapa que selle el cambio con lo cual podrá participar plenamente en alguna actividad nueva que sea de trascendencia para éste.

2.2.2.8. Estimación de la Volición:

La volición puede ser valorada a través del Cuestionario Volitivo Pediátrico (Pediatric Volitional Questionnaire) - PVQ; el cual es una evaluación observacional que examina la motivación en los niños, además describe la motivación en el plazo de tres etapas de desarrollo volitivo: Exploración, competencia y logro

El Cuestionario Volitivo Pediátrico, fue desarrollado a partir del Volitional Questionnaire "VQ" (Cuestionario Volicional, creado para adultos). El sistema de puntaje consta de 14 ítems (su forma de aplicación y otros criterios de la prueba serán explicados en la parte correspondiente a Instrumento Utilizado).

Quien primero examinó el Cuestionario Volitivo Pediátrico (PVQ) aplicando análisis Rasch fue Geist en el año 1998. En el mismo año, Anderson analizó el instrumento con una muestra que incluía niños en condición de discapacidad. Los hallazgos de estos dos estudios mostraron que la evaluación era una herramienta válida para interpretar

el comportamiento de niños con un amplio espectro de discapacidades²¹.

2.2.3. PARÁLISIS CEREBRAL

2.2.3.1 Definición:

La Parálisis Cerebral (PC) o Parálisis Cerebral Infantil (PCI) se encuentra dentro del clasificador internacional de enfermedades CIE10 como G80; se define como un “trastorno de la postura y el movimiento de naturaleza no progresiva. Estos trastornos no se deben a alteraciones de nervios y/o músculos sino son producto de un daño cerebral provocado antes, durante o poco después del nacimiento”²²

2.2.3.2 Etiología y Clasificación:

A. Etiología:

Existen múltiples causas que originan el daño cerebral, entre las que se encuentran el desarrollo defectuoso del cerebro, la anoxia, la hemorragia intracraneal, la excesiva ictericia neonatal, el traumatismo y la infección. Todas ellas se han tratado ampliamente en la literatura médica. No obstante, no es frecuente que el terapeuta se guíe por la etiología a la hora de planificar su tratamiento.

Su origen puede encontrarse en el periodo prenatal, perinatal y postnatal; en todos los casos, se trata de un sistema nervioso inmaduro que se ve afectado, que continuará desarrollándose pero dañado.

En algunos casos, la causa no está clara y, en muchos otros, el hecho de conocerla no indica necesariamente un diagnóstico o un tratamiento específicos²³.

B. Clasificación:

En función de la gravedad la PC puede ser clasificada como leve, moderada y grave, sin embargo la clasificación más utilizada en nuestro

medio se da según las manifestaciones clínicas, entre las que se diferencian cuatro subtipos:

- a. **Espástica (hipertónica):** El grado de compromiso del tono y de las extremidades es variable; hay notable rigidez de movimientos e incapacidad para relajar los músculos.
- b. **Atetoide (discinética):** El tono fluctúa de bajo a alto, de un niño a otro y diariamente, movimientos en sacudidas rápidos aleatorios o movimientos reptantes y lentos; dificultad con fijación; usa la asimetría para estabilizarse.
- c. **Atáxica:** Tono bajo a normal, dificultad con el movimiento voluntario para el equilibrio y el control del tronco, la cabeza y las extremidades.
- d. **Mixta:** Ocurre más de una de las formas de PC que se acaban de describir²⁴.

La forma de presentación de estos patrones de movimiento se relaciona con el área del cerebro dañada, es decir, la corteza motora, los ganglios basales y el cerebelo, respectivamente. Raramente se observan características como espasticidad o ataxia aislada, la hipotonía o flaccidez puede estar presente y se considera una forma de Parálisis Cerebral cuando se han excluido los trastornos musculares. Los términos cuadriplejía (afectación corporal completa), diplejía (afectación de los miembros inferiores generalmente con cierta afectación de los superiores) o hemiplejía (un lado) indican la extensión de la afectación. La descripción de la presentación de la Parálisis Cerebral como se observa en un niño en particular ayuda al terapeuta a comprender cómo puede estar afectada la ejecución del niño²⁵.

2.2.3.3 Cuadro Clínico y Desarrollo del Niño con Parálisis Cerebral

En el cuadro clínico existen tres aspectos que se consideran primordiales:

- a. Retraso en el desarrollo en relación a la adquisición de nuevas habilidades que deberían lograrse a la edad cronológica del niño.
- b. Persistencia de un comportamiento infantil en todas las funciones, incluyendo reacciones reflejas infantiles.
- c. Ejecuciones de múltiples funciones mediante patrones jamás vistos en bebés y niños regulares. Esto se debe a los síntomas patológicos tales como la hipertonía, hipotonía, movimientos involuntarios y alteraciones biomecánicas derivadas de las lesiones de la motoneurona superior²⁶.

El niño con PC presenta variaciones adicionales originadas por las alteraciones neurológicas y mecánicas.

El desarrollo de la motilidad gruesa, de la función manual, del habla y del lenguaje, de los aspectos social, emocional e intelectual se pueden desarrollar en diferentes edades, y ninguna de estas edades coincide necesariamente con la edad cronológica del niño, en la cual típicamente deberían establecerse estas capacidades.

Por lo general, se presta mayor atención al desarrollo motor que a otras áreas de desarrollo, ya que la discapacidad motora es la que caracteriza la Parálisis Cerebral (por ser un trastorno de la postura y del movimiento); sin embargo, en los niños que presentan dificultades motoras a consecuencia de la Parálisis Cerebral existen con frecuencia otros problemas relacionados con el desempeño ocupacional y limitaciones en los componentes de la ejecución, como afectación de otros sistemas del cuerpo, incluyendo dificultades perceptivas, visuales y auditivas, también se debe recordar que el comportamiento motor anormal puede interferir en el lenguaje, en lo social y emocional. Los problemas en la alimentación son frecuentes y conducen a problemas en la nutrición y en el crecimiento de los niños. También pueden tener alteraciones cognitivas que se presentan como dificultades globales o específicas del aprendizaje. “Un niño con Parálisis Cerebral tiene más probabilidades de tener crisis o convulsiones durante su vida que otros niños. El estadio en el que éstas pueden aparecer y la consecuente incidencia de convulsiones o ataques, variarán de un niño a otro. Las consecuencias ortopédicas de la asimetría

postural y los desequilibrios de la acción muscular también se observan frecuentemente”²⁵.

En el proceso de rehabilitación, se debe tener en cuenta que los objetivos deben estar en función al grado del sistema nervioso dañado y adaptar las expectativas de progreso del niño que presenta:

- a. Una adquisición tardía de habilidades motoras y una escala de progreso lenta de una etapa a la siguiente.
- b. Menos variedad de habilidades que en el niño típico.
- c. Variaciones en las secuencias típicas de adquisición de habilidades.
- d. Patrones atípicos e inusuales de muchas de las habilidades.

El potencial para la función no depende únicamente de las diversidades funcionales presentes, sino influyen también otros factores, “la familia es la primera comprometida (...), las condiciones de vivienda y las experiencias socioculturales, facilitan o limitan las posibilidades de integración y de vida autónoma de los niños con Parálisis Cerebral”²⁷

2.2.3.4. Cambios en el Cuadro Clínico ²³

Como la lesión se halla en un sistema nervioso en desarrollo, el cuadro clínico no consiste en un conjunto estático de signos y síntomas a tratar. Pero mientras que la lesión no sea progresiva, sus manifestaciones cambian a medida que el sistema nervioso madura. Cuanto más se exige al sistema nervioso, mayor es la deficiencia. Así, se espera que un niño de tres años haga más que un bebé, por lo que con la misma lesión, sus fallos son más evidentes, además, los síntomas patológicos pueden desarrollarse con los años.

El tratamiento minimiza el agravamiento de los síntomas. Si se lleva a cabo un tratamiento precoz se brinda una mayor oportunidad para cualquier potencial que incremente el desarrollo de las capacidades

típicas y que disminuya los patrones atípicos de movimiento y las alteraciones posturales⁷. Un bebé o un niño de temprana edad logra realizar esfuerzos para moverse utilizando compensaciones o adaptaciones que pueden ser aparentemente buenas, sin embargo, éstas pueden bloquear el desarrollo de patrones más eficientes.

El objetivo de la intervención precoz en el desarrollo es conseguir un aumento de las experiencias cotidianas en el niño y una mayor interacción con las personas próximas a éste.

Aunque se sabe que el cuadro clínico varía a lo largo de los años, todavía no es posible predecir el desarrollo natural de la afección en cada niño en particular.

2.2.3.5. Deficiencias Asociadas

El daño cerebral en la Parálisis Cerebral también puede ocasionar alteraciones en los sentidos de la visión y audición, problemas en el habla, lenguaje y alteraciones en la percepción; los defectos de la percepción o agnosias consisten en la dificultad para reconocer objetos o símbolos, incluso en el caso en que la sensación no se ve afectada, y el paciente pueda demostrar, por otros medios, que conoce o conoció de qué objeto o símbolo se trata. También se pueden hallar apraxias y problemas visomotores. Esto significa que el niño es incapaz de llevar a cabo determinados movimientos aunque no exista parálisis, esto se debe a que los patrones o *engramas* se han perdido o no se han desarrollado. La apraxia puede afectar los movimientos de las extremidades, cara, ojos, lengua o puede disminuir específicamente actos como escribir, dibujar, construir e incluso vestirse (...) Todas estas alteraciones causan distintos problemas de aprendizaje y dificultades para la comunicación. Además, también pueden aparecer epilepsias o alteraciones intelectuales⁷.

No todos los niños presentan estas alteraciones asociadas, incluso si la discapacidad es únicamente física, el poco movimiento desarrollado

impediría que el niño explorase la totalidad de su entorno. De este modo, su adquisición de sensaciones y percepciones de las cosas cotidianas se ve limitada. Puede parecer entonces que el niño tiene afectada la percepción, alteración no necesariamente debida a causas orgánicas sino más bien a la falta de experiencia.

Esta misma falta de experiencia diaria retrasa el desarrollo del lenguaje y afecta al habla del niño; además, su entendimiento general llega a verse tan perjudicado a veces, que induce a pensar que se trata de un déficit intelectual, hecho que puede llegar al extremo de que su inteligencia normal se vea enmascarada por la desventaja física que presenta. Además, la falta de movimiento puede afectar el comportamiento general del niño; en este sentido, parte del comportamiento afecto se debería al hecho de no satisfacer las experiencias emocionales y sociales en las que se requiere movimiento.

Por lo tanto, es importante que todo terapeuta asuma que la función motora no puede separarse de las otras funciones y que está tratando un niño con múltiples alteraciones que no son únicamente físicas.

2.2.3.6. Consecuencias del Retraso del Desarrollo

El niño con PC tiene riesgo de presentar menores oportunidades para explorar su entorno. Para un niño que pasa tanto tiempo en un ambiente dirigido a los adultos, en ocasiones existen pocas oportunidades de que desarrolle un interés intrínseco en una actividad, que sea juguetero o que forme parte de un juego. También pueden existir diferencias en la forma en que aprende el niño con Parálisis Cerebral porque debe considerarse la presencia de dificultades cognitivas y la forma en que se le ofrece la experiencia de las actividades y el juego. Además, las dificultades receptivas y expresivas del lenguaje y los problemas de la articulación influirán sobre la capacidad del niño para comunicar sus necesidades y deseos.

Deben identificarse las necesidades o actividades deseadas de la persona y a partir de allí, descubrir y definir métodos que confluyan con las mismas. La elección del refuerzo depende de la necesidad, capacidad y estilo motivacional²⁸.

2.2.3.7. La Volición en Niños con Parálisis Cerebral

Los niños con diversidad funcional tienen menos oportunidades de desarrollar un interés y satisfacción en el rendimiento ocupacional. Además, las dificultades en el desempeño y el temor de ser reconocidos como incompetentes pueden conducir a un niño a evitar oportunidades para desarrollar un sentido de atracción por las ocupaciones. “Los deterioros físicos y la fatiga, el dolor y la preocupación que acompaña al fracaso pueden reducir o eliminar el sentimiento de placer en las ocupaciones”⁴.

Por lo tanto, la volición en niños con Parálisis Cerebral, a menudo se ve afectada, esto debido a que, los niños que crecen con una discapacidad aprenden que no pueden hacer lo que los otros hacen y son propensos a desarrollar sentimientos de ineficacia²⁴. De modo que, “estos niños pueden volverse innecesariamente dependientes de otros, porque no ven sus propias acciones como la vía más eficaz para lograr sus deseos”²⁴ y desarrollar así su sentido de capacidad y autoeficacia.

El sentido de capacidad prepara a la persona para anticipar, elegir, experimentar e interpretar el comportamiento. Por lo tanto cuando nos sentimos capaces y eficaces, estamos dispuestos a actuar y generar nuevas evidencias de nuestro talento. Por el contrario, cuando nos vemos incapaces e ineficaces, nos sentimos impulsados en la dirección opuesta. Por ende, nos sentimos desmotivados a incorporar nuevas acciones en nuestra vida cotidiana, en otras palabras, se pierde la volición para la actividad física⁴.

Por consiguiente, es imprescindible buscar herramientas para mejorar y/o aumentar la volición en estos niños, ya que sin ella, sería más difícil lograr cambios trascendentales en su desempeño ocupacional.

2.2.4. COLEGIO LA ALEGRÍA EN EL SEÑOR

El colegio “La Alegría en el Señor” es una institución educativa privada sin fines de lucro la cual se encuentra a cargo de la comunidad de Las Siervas del Plan de Dios y está dirigido por Sor Elizabeth Sánchez, directora del centro educativo.

Esta institución educa, forma y rehabilita integralmente a alumnos desde el nivel inicial hasta el secundario que tengan exclusivamente algún compromiso a nivel motor (asociados o no a otros trastornos) como: Distrofia Muscular, Cuadriplejia, Parálisis Cerebral (PC), Mielomeningocele, Artrogriposis, Amputaciones, Quemaduras, entre otras y que además su nivel cognitivo se encuentre dentro del rango considerado normal o limítrofe.

Según el registro de alumnos matriculados en Marzo 2013, la institución atiende a una población total de 110 estudiantes (considerando nivel inicial, primario y secundario), de los cuales 53 presentan diagnóstico de PC; según ficha de evaluación y control médico se registran 19 casos con PC espástica, 15 casos con PC Atetósica, 2 caso con PC Atáxica, 5 casos con PC Mixta y 12 casos con PC sin especificar.

El nivel inicial alberga a 8 niños con diagnóstico de PC, el nivel primario a 29 niños con PC (de los cuales la mayor población de éstos se encuentra en el 2º grado, sumando un total de 10 niños con PC entre sus secciones “A” y “B”) y el nivel secundario a 16 estudiantes con el diagnóstico en mención.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 HIPÓTESIS:

La terapia asistida con perros es útil en la volición de niños con Parálisis Cerebral en segundo grado de primaria del colegio La Alegría en el Señor.

3.2 OBJETIVOS:

3.2.1 Objetivo General

- Valorar la utilidad de la terapia asistida con perros en la volición de niños con PCI en segundo grado de primaria del colegio La alegría en el señor.

3.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar cómo la terapia asistida con perros influye en la volición.
- Identificar los indicadores del PVQ con mayor variación luego de la intervención de la terapia asistida con perros.
- Indicar las condiciones ambientales en que se dieron los diferentes cambios de los indicadores volitivos.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Descriptivo, longitudinal, cuasi experimental, prospectivo.

4.2 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio está dada por los niños diagnosticados con Parálisis Cerebral, en segundo grado de primaria del colegio La Alegría en el Señor.

4.3 DISEÑO MUESTRAL

4.3.1 Tipo de Diseño Muestral

No aleatorio y por conveniencia.

4.3.2 Unidad de análisis

Cada uno de los niños con Parálisis Cerebral en segundo grado de primaria del colegio La Alegría en el Señor.

4.3.3 Tamaño de la muestra

Se trabajó con la población Universo que en número son 10 niños; que considerando los criterios de inclusión y exclusión, el número final de participantes fue de 6 niños.

4.3.4 Criterios de Inclusión

- Niños con diagnóstico de Parálisis Cerebral (independientemente del tipo, funcionalidad, etc.)
- Niños que se encuentren cursando el segundo grado de primaria en el colegio La Alegría en el Señor.
- Niños con asistencia regular.
- Niños que posean salud estable.

4.3.5 Criterios de exclusión

- Niños que ya hayan llevado sesiones de Terapia Ocupacional incluyendo a un Perro de Terapia.
- Niños que incluyan durante el periodo de investigación otros tratamientos fuera de los típicos (nuevas terapias o tratamiento medicamentoso).
- Ausencia de firma del consentimiento informado por parte de los padres o apoderados.

Considerando los criterios de exclusión señalados, se tuvo que excluir a 4 de los 10 niños del total de la población debido a que: 2 menores habían participado ya en un proyecto piloto de Terapia Asistida con Perros en Terapia Ocupacional realizado meses atrás por la Fundación Bocalan; 1 niño presentaba salud poco estable y por tanto su asistencia era irregular, y finalmente un cuarto menor no fue incluido debido a que no se consiguió que sus padres firmaran la autorización del consentimiento informado.

4.4 VARIABLES

4.4.1 Variable independiente

Terapia Asistida con Perros.

4.4.2 Variable dependiente

Volición de los niños con Parálisis Cerebral.

4.4.3 Operacionalización de las variables

Variable Independiente	Def. conceptual	Def. Operacional	Indicadores	Tipo de Variable	Valores Finales
Terapia Asistida con Perros	<p>Es una herramienta terapéutica que complementa a un abordaje terapéutico determinado (por ejemplo al abordaje en Terapia Ocupacional), donde se utiliza a un perro como nexo entre el paciente y el terapeuta.</p> <p>Cuenta con un plan de intervención, teniendo así objetivos trazados y un diseño de sesiones debidamente estructurado por los profesionales que forman parte del equipo.</p>	<p>Sesiones terapéuticas en las que se utiliza al animal como parte del plan de intervención definido y estandarizado para el tratamiento de niños con pc</p>	<p>Número de sesiones que servirán de referencia para valorar los cambios producidos por el uso de la Terapia Asistida.</p>	<p>Cualitativa de escala ordinal</p>	<p>Sesión I</p> <p>Sesión VI</p> <p>Sesión XII</p>

Variable Dependiente	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de Variable	Valores finales
Volición de los niños con Parálisis Cerebral del primer grado del colegio La Alegría en el Señor.	Patrón de pensamientos y sentimientos del niño con Parálisis Cerebral del colegio La Alegría en el Señor como actor de su propio mundo, que ocurre a medida que éste anticipa, elige experimenta e interpreta lo que hace.	Medición del comportamiento volitivo a través de: indicadores volicionales	Exploración	<ul style="list-style-type: none"> - Muestra Curiosidad - Inicia Acciones - Muestra Preferencias - Intenta Cosas Nuevas - Permanece Involucrado - Trata de Producir Efectos 	Cualitativa de escala ordinal	Espontaneo Involucrado Dudoso Pasivo No aplicable
			Competencia	<ul style="list-style-type: none"> - Se Orienta hacia un Objetivo - Expresa Placer con sus Logros - Trata de Resolver Problemas - Practica Habilidades 		
			Logro	<ul style="list-style-type: none"> - Busca Desafíos - Organiza / Modifica el Ambiente - Realiza una Actividad hasta Completarla - Usa la Imaginación 		

4.5 PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN

Nuestra intervención fue realizada en doce sesiones de 30 minutos cada una con una frecuencia de tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes). Cada una de ellas está diseñada según los objetivos de tratamiento de los menores en Terapia Ocupacional. Es importante resaltar que los objetivos de intervención fueron determinados por el terapeuta de planta siguiendo su tratamiento común con objetivos pre establecidos para cada usuario (según su historia clínica y el requerimiento que demandaban los niños en sus diferentes componentes de desempeño) estos objetivos son independientes a los que se plantea en el actual estudio, pues únicamente se introdujo al Perro de Terapia (por tal motivo cabe mencionar que las doce sesiones que los niños recibieron con el presente estudio fueron sesiones extras a las de su tratamiento en Terapia Ocupacional), con el propósito de valorar la utilidad de la Terapia Asistida con Perros en la volición de niños con Parálisis Cerebral en su rutina terapéutica.

Además por los fines perseguidos en la presente investigación es importante resaltar que para la ejecución de la misma (sesiones de intervención) se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- La terapeuta a cargo conoce principios básicos de TAA; se indicará que por lo demás su intervención terapéutica será la misma de siempre.
- La ejecución de las sesiones estará a cargo de una sola terapeuta (la misma para todas las sesiones) quien mantendrá una didáctica (técnica) similar en todas las sesiones para evitar un sesgo al momento de medir la volición.
- El técnico de terapia asistida con animales, tendrá una participación mínima en las sesiones, para así al momento de valorar la “volición”, no existan sesgos a causa de la personalidad del guía.

Cada sesión se estructura en tres fases:

Fase 1: Ritual de entrada del animal al ambiente terapéutico.

Fase 2: Desarrollo de la actividad.

Fase 3: Ritual de salida del animal del espacio terapéutico.

4.6 PLAN DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL INCLUYENDO COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA A UN PERRO DE TERAPIA

El plan de intervención que a continuación se detalla, fue el utilizado como referente para ejecutar las sesiones de Terapia Ocupacional incluyendo un Perro de Terapia, se presenta según lo estipulado para el marco de trabajo de Terapia Asistida con Animales siguiendo los Parámetros de Diseño de sesión terapéutica del Manual de Terapia Asistida con Animales Fundación Bocalan España – Asociación Bocalan Perú¹⁶.

PROTOCOLO DE SESIONES:

I. ASPECTOS GENERALES

A. Datos Informativos

- | | |
|-----------------------------|---|
| a. Colectivo | : Parálisis Cerebral (PC) |
| b. Participantes | : 6 niños con diagnóstico de PC del 2do° de primaria del colegio La Alegría en el Señor, quienes trabajarán en tres grupos distintos, conformados por dos participantes cada uno. |
| c. Áreas de trabajo | : Motriz y de Praxis
Sensoperceptual
Cognitiva
Comunicativa y Socioemocional |
| d. Equipo de trabajo | : 1 Terapeuta Ocupacional
1 Técnico (a) en TAA
1 Perro (a) de Terapia |

B. Objetivos:

a. Objetivos generales según las diferentes áreas de trabajo:

• Área Motriz y de praxis:

- Mejorar control y ajuste postural.
- Incrementar funcionalidad de miembros superiores.
- Fomentar uso conveniente de herramientas lúdicas, escolares y funcionales.

• Área Sensoperceptual

- Promover respuestas adaptativas frente a input somatosensorial, vestibular, visual, olfativo y auditivo principalmente.
- Fomentar habilidades perceptuales y de relaciones espaciales.

- **Área Cognitiva**

- Promover habilidades de asociación.
- Mejorar periodos de atención-concentración.
- Incrementar capacidad de seguimiento de órdenes y secuencias.

- **Área Comunicativa y Socioemocional:**

- Promover uso de lenguaje funcional (oral, gestual, etc.).
- Desarrollar el sentido de eficacia y capacidad.
- Generar sentimientos de placer y disfrute.
- Favorecer expresión de emociones y sentimientos.

C. Dimensión de la relación¹⁶:

Dimensión	Ejemplos
Área Epimelética	Cuidar, alimentar, cepillar, preparar una camita = ayuda al descentramiento, refuerza la autoestima, fortalece la prosociabilidad, desarrolla la empatía
Área Lúdica	Jugar con el animal, estar en una situación de ficción, estimularlo al juego = surte un efecto estimulante y ansiolítico, incrementa la integración y la participación social
Área Cómica	Reírse con el animal, divertirse, crear situaciones graciosas = estimula las emociones positivas, aleja los malos pensamientos, alivia el peso de situaciones o condiciones problemáticas
Área Exploratoria	Conocer las características del animal, aprender la manera correcta de manejarlo o conducirlo = proporciona conocimientos y competencias, incrementa la autoeficacia, estimula los recursos constructivos de la persona
Área Biográfica	Recordar experiencias vividas con animales, componer una autonarración o ejercicios mnemónicos = ayuda a mantener o recuperar la memoria, favorece la construcción de una identidad propia
Área Performativa	Realizar actividades o procesos a través de la ayuda o de la alianza con el animal = refuerza la autoestima, permite experimentar nuevas dimensiones de identidad
Área de Distracción	Relajarse acariciando el animal, realizar actividades de grooming, dejarse mimar por la mascota = reduce la fluctuación emotiva y la irritabilidad de la persona, afloja el estado de estrés
Área hedónica	Sorprenderse observando el animal, admirar las capacidades del animal = reduce el sentimiento del estar metido en sí mismo, el egocentrismo y el comportamiento obsesivo-compulsivo
Área de Colaboración	Ayudar al animal en una actividad, aprender el lenguaje del animal = une el efecto de descentramiento al efecto empático, es la mejor (dimensión de relación) para reforzar la prosociabilidad y disminuir el delirio
Área Narcisista	El animal hace cosas para la persona, el animal obedece a nuestros ordenes = da una fuerte contribución a la autoestima, estimula la persona a entrar en relación con el mundo exterior

D. Funcionalidad del perro (Este criterio se refiere al papel que cumplirá el Perro de Terapia en las diferentes sesiones planteadas):

- a. Motivador
- b. Reforzador positivo
- c. Compañero
- d. Evocador
- e. Elemento relacional

E. Propedéutica del entrenamiento (Se refiere a los comandos verbales -que pueden ser acompañados por indicaciones corporales- con los cuales el técnico de TAA, dirigirá el comportamiento del perro; además estos pueden ser usados por los niños o terapeuta según se requiera):

- a. Junto
- b. Quieto
- c. Saludo
- d. Sentado
- e. Echado
- f. Trae
- g. Suelta
- h. Lleva
- i. Twist (giros hacia la derecha y hacia la izquierda)
- j. Gracias
- k. Mano
- l. Mira
- m. Vergüenza
- n. Ven aquí
- o. Head down (cabeza apoyada al suelo)

F. Materiales

- De acuerdo a lo requerido en cada sesión (tarjetas, plastilina, ganchos, etc.)
- Peto (chaleco del perro)
- Correa
- Comida
- Clicker (objeto sonoro pequeño, usado como indicador de evento para marcar un comportamiento deseado en el Perro de Terapia).

II. DESARROLLO DE LAS SESIONES

SESIÓN I

Tipo de sesión : Grupal
Tiempo de sesión : 30 minutos.

a. Ritual de entrada:

- Dinámica: “Una nueva amiga llega al colegio”
- Tiempo: 5 minutos.

La pareja de niños se encontrará dentro de su ambiente típico de terapia con su terapeuta, quien le comentará que hay una nueva amiga llamada Viruta que ha llegado al colegio y que quiere conocerlos.

Viruta ingresará junto a su técnica, se colocará frente a los niños y se dispondrá por debajo de la altura de los menores, luego se invitará a los niños a conocerla mejor porque ella se encuentra muy emocionada de poder verlos por primera vez (ellos pueden decidir hablarle, acariciarla o saludarla conservando la distancia según lo deseen).

b. Desarrollo:

- Dinámica: “Quiero conocer éste nuevo lugar”
- Tiempo: 20 minutos.

Se hará mención de que es el primer día de Viruta en el colegio y que le gustaría poder conocerlo mejor, se les preguntará a los niños si quieren ayudar al animal en su intención.

Los niños se encontrarán sentados en su silla de ruedas o en una silla convencional, frente a ellos (en una pared) se encontrarán pegadas unas fotografías de las principales áreas o zonas del colegio. La terapeuta les indicará a los niños que Viruta sacará una a una las tarjetas e intercaladamente se las llevará y entregará a los niños en sus manos para que éstos reconozcan qué ambiente es (y den una breve descripción de las fotografías según sus facultades lo permitan) y así Viruta logre aprender y reconocer qué ambiente es, en un primer momento la terapeuta será quién dará la orden al animal para que ejecute dicha acción, posteriormente, los niños se encargarán de pedir a Viruta las tarjetas dándole el comando “Viru trae la tarjeta”.

Se usarán tarjetas que contendrán fotografías de las principales áreas o zonas del colegio. Las tarjetas estarán pegadas en la pared y Viruta las sacará una a una e intercaladamente se las llevará a los niños para que éstos reconozcan qué ambiente es y dar una breve descripción (según sus facultades lo permitan) así el animal logre aprender y reconocer qué ambiente es.

Después de cada respuesta correcta, guardarán la tarjeta en un mástil, el cual se ubicará en un posición conveniente para que los niños al guardarlas realicen movimientos de disociación, alineamiento y control de postura.

c. Ritual de Salida:

- Dinámica: “Iré a visitar los ambientes que me enseñaste”
- Tiempo: 5 minutos.

Ahora que ya conoce el colegio, Viruta irá a hacer un recorrido porque no quiere olvidar lo aprendido para que así retorne una próxima vez a visitarlos y no se extravíe. Se despide con comando “saludo”.

SESIÓN II

Tipo de sesión : Grupal
Tiempo de sesión : 30 minutos

a. Ritual de entrada:

- Dinámica: “Mi primer día de clases en el colegio”
- Tiempo: 5 minutos.

Los niños se encontrarán dentro del ambiente de terapia, junto con su terapeuta, quien les preguntará si se acuerdan de la visita que tuvieron en la sesión anterior, se dejará que los niños respondan, si necesitan ayuda para recordar, la terapeuta brindará la necesaria.

Posteriormente, la terapeuta comentará a los niños que es el primer día de clase de Viruta, luego de ello, se invitará al animal que ingrese al ambiente, éste lo hará junto a su técnica, quienes se colocarán frente a los niños y Viruta realizará el comando “saludo”, luego se le acercará a los niños para que la saluden y/o acaricien si lo desean.

b. Desarrollo:

- Dinámica: “Armando el rompecabezas de Viruta”
- Tiempo: 20 minutos.

Se les dirá a los niños que se armará un rompecabezas con la figura de Viruta con la finalidad de que se lleve su foto para colocarla en su salón. Se proporcionará a ambos niños un rompecabezas de la imagen del animal, ellos tendrán la labor de armarlo. La técnica posicionará a Viruta frente a los niños, en posición “echada”, para que ellos la tengan de modelo y puedan armar dicho rompecabezas.

c. Ritual de Salida:

- Dinámica: “Tengo que retornar a mi aula”
- Tiempo: 5 minutos.

Una vez finalizada la actividad, Viruta se llevará sus fotos junto con su técnica; para colocarlas en su nuevo salón de clases, y se despedirá con el comando “twist” como señal de agradecimiento.

SESIÓN III

Tipo de sesión : Grupal
Tiempo de sesión : 30 minutos

a. Ritual de entrada:

- Dinámica: “Saludando a Viruta”
- Tiempo: 5 minutos.

Los niños se encontraran dentro del ambiente de terapia junto con su terapeuta, quien les preguntará si se acuerdan qué se hizo en la sesión anterior. Posteriormente los niños invitarán a Viruta a que ingrese al ambiente, ella lo hará junto a su técnica y los saludará con el comando “mano” y/o se dejará acariciar si es que ellos lo desean.

b. Desarrollo:

- Dinámica: “Un chaleco único”
- Tiempo: 20 minutos.

La terapeuta les contará a los niños que Viruta aún no tiene muchos amigos en el colegio y que por lo tanto jugarán con ella para que se sienta contenta y vea que ya tiene amigos.

Se les contará a los niños que a Viruta desea adornar su chaleco, y se les preguntará si desean ayudarla, para ello se le colocará a cada niño un mandil con figuras geométricas pegadas con velcro, se les indicará a los niños que despeguen de su mandil las figuras geométricas una a una y que luego las peguen en el chaleco de Viruta para adornarlo.

Viruta se encontrará en posición “quieto”, “echada” delante de los niños, éstos se encontrarán sentados en la colchoneta para poder realizar dicha actividad.

c. Ritual de Salida:

- Dinámica: “Me voy a modelar mi chaleco”
- Tiempo: 5 minutos.

Luego de finalizada la actividad Viruta modelará su nuevo chaleco, luego se despedirá de los niños ejecutando el comando “twist” y/o “saludo” y se retirará junto a su técnica.

SESIÓN IV

Tipo de sesión : Grupal
Tiempo de sesión : 30 minutos

a. Ritual de entrada:

- Dinámica: “De paseo”
- Tiempo: 5 minutos.

La terapeuta contará a los niños que Viruta se irá de paseo en unas horas, el animal ingresará al ambiente de terapia ejecutando el comando “junto” a lado de su técnica, saludará a los niños usando comando “saludo”, luego se acercará a los niños para que tengan contacto y puedan acariciarla si lo desean.

b. Desarrollo:

- Dinámica: “Necesita un baño”
- Tiempo: 20 minutos.

La terapeuta hará notar a los niños que ésta no se ve limpia y les propondrá convencerla de tomar un baño para que vaya limpia a su paseo. Los niños se encontrarán sentados en la colchoneta, la técnica colocará a Viruta en posición “echada” delante de los niños, ellos tendrán que quitarle el peto, luego se les indicará que pueden usar espuma, pañitos húmedos, cepillo, etc., para que quede limpia y bien peinada; finalmente le colocarán el peto.

c. Ritual de Salida:

- Dinámica: “Es hora de ir a pasear”
- Tiempo: 5 minutos.

Ahora que Viruta está limpia, está lista para irse de paseo, se despedirá de los niños realizando el comando “gracias” y se retirará con su técnica.

SESIÓN V

Tipo de sesión : Grupal
Tiempo de sesión : 30 minutos

a. Ritual de entrada:

- Dinámica: “Un paseo por el zoológico”
- Tiempo: 5 minutos.

Los niños se encontrarán sentados o arrodillados según se convenga, la terapeuta les avisará que Viruta ha venido para contar acerca de su visita al zoológico. El animal ingresa al ambiente ejecutando el comando “junto” al lado de su técnica, saluda a los niños usando comando “saludo”, se la coloca en posición “junto” a cada niño para que ellos la acaricien si lo desean.

b. Desarrollo:

- Dinámica: “En el zoológico”
- Tiempo: 20 minutos.

Viruta, enseñará a los niños a través de tarjetas qué animales conoció en el zoológico, estas tarjetas estarán pegadas en la pared, Viruta las traerá una a una y la terapeuta les preguntará a los niños si conocen al animalito que Viruta les está presentando, luego la terapeuta le dará a cada niño plastilinas y moldes para que puedan reproducir la figura mostrada y así enseñarle al Perro de Terapia que ellos también ya conocen más sobre el aspecto de los animales vistos en el zoológico.

Mientras los niños van haciendo los moldes con la plastilina Viruta permanecerá en posición sentada observando lo que los niños se encuentran realizando.

c. Ritual de Salida:

- Dinámica: “Me llevo un buen recuerdo”
- Tiempo: 5 minutos.

Finalmente los niños colocarán los moldes en una canasta para que Viruta se los lleve a su salón. Viruta se despedirá realizando el comando “gracias” , se llevará su canasta y se retirará junto con su técnica.

SESIÓN VI

Tipo de sesión : Grupal
Tiempo de sesión : 30 minutos

a. Ritual de entrada:

- Dinámica: “Estamos de cumpleaños”
- Tiempo: 5 minutos.

Los niños se encontrarán en el ambiente de terapia (se promoverá trabajo de rodillas según la capacidad de cada participante), la terapeuta les contará que es el cumpleaños de Viruta y por lo tanto, ellos serán los encargados de prepararle una sorpresa (la propuesta será preparar una torta de cumpleaños). Luego, el animal ingresará al ambiente junto con su técnica, saludará a los niños ejecutando comando “saludo” y luego la técnica la acercará a los niños para que la saluden por su cumpleaños.

b. Desarrollo:

- Dinámica: “Preparando la torta de cumpleaños”
- Tiempo: 20 minutos.

Los niños se encontrarán al lado de una mesa, la terapeuta les dará a cada uno los materiales necesarios (una plancha pequeña de tecnopor, plastilinas, rodillos, moldes) para que ambos preparen y decoren la torta de cumpleaños. Viruta se encontrará sentada delante de los niños, la terapeuta le preguntará al animal cómo se siente al ver que sus amigos le están preparando su torta de cumpleaños, Viruta realizará comando “twist”, “head down”, “saludo”, “mira”, etc. como muestra de que se siente feliz por el regalo que le están haciendo.

c. Ritual de Salida:

- Dinámica: “Todo listo”
- Tiempo: 5 minutos.

Luego que los niños hayan terminado de preparar la torta, se le cantará la canción de cumpleaños, finalmente Viruta se retirará con su torta junto a su

técnica (se les dirá a los niños que la mamá de Viruta la está esperando en casa porque le ha preparado una fiesta sorpresa). Viruta se despedirá realizando el comando “gracias”.

SESIÓN VII

Tipo de sesión : Grupal
Tiempo de sesión : 30 minutos

a. Ritual de entrada:

- Dinámica: “Alguien necesita un baño”
- Tiempo: 5 minutos.

La terapeuta les contará a los niños que luego del paseo al zoológico y de la fiesta de cumpleaños de Viruta, ella necesita otro baño porque se ha ensuciado nuevamente; los niños invitarán a Viruta a ingresar al ambiente, ella lo hará junto a su técnica. Los niños se encontrarán sentados sobre la colchoneta se acercará a los niños para saludarlos, ambos la acariciaran si lo desean.

b. Desarrollo:

- Dinámica: “Aseando a Viruta”
- Tiempo: 20 minutos.

La terapeuta les indicará a los niños que revisen a Viruta y que indiquen si es necesario que Viruta tome otro baño, ambos revisarán a Viruta, tendrán que comprobar si de verdad ella está sucia, para ello su técnica acercará a Viruta a los niños y la colocará en posición echada para que ellos puedan revisarla. Luego de que los niños comprueben que efectivamente Viruta necesita un baño, la terapeuta les preguntará qué pasos deben hacer para poder bañarla (debe quitar el peto; aplicar la espuma de baño, posteriormente usar toallitas húmedas) Finalmente ambos niños tendrán que peinarla y colocarle el peto limpio.

c. Ritual de Salida:

- Dinámica: “Gracias ya estoy limpia nuevamente”
- Tiempo: 5 minutos.

Viruta se mostrará feliz porque ya se siente limpia nuevamente, por lo cual realizará comando “gracias” en señal de agradecimiento, y luego se despedirá de los niños realizando comando “twist”.

SESIÓN VIII

Tipo de sesión : Grupal
Tiempo de sesión : 30 minutos

a. Ritual de entrada:

- Dinámica: “Hola Viruta”
- Tiempo: 5 minutos.

La pareja de niños se encontrará dentro de su ambiente de terapia junto a su terapeuta. Viruta ingresará a lado de su técnica, se colocará frente a los niños y se dispondrá por debajo de la altura de los menores para que éstos la saluden.

b. Desarrollo:

- Dinámica: “Tengo un problema...no me queda mi ropita nueva”
- Tiempo: 20 minutos.

Se hará mención de que Viruta tiene un pequeño problema, pues le regalaron un vestido nuevo pero no le queda porque los últimos días ha estado comiendo mucho y no hacía nada de deportes ni se ejercitaba; y que estaba decidida a hacer un poco de ejercicios, pero que no se le ocurría qué hacer. Se les preguntará a los niños si quieren ayudar al animal a solucionar su problema.

La terapeuta les propondrá a los niños una serie de movimientos (los que serán equivalentes a los comandos que el perro tiene aprendido), los niños elegirán los que más les gusten para que puedan enseñárselos a Viruta. Así dependiendo de lo que elijan: tendrán que estirar los brazo hacia arriba, hacia adelante, ponerse de pie (dependiendo el caso), etc. y tendrán que mantener la posición por cierto tiempo, como si estuvieran en enseñándole una rutina de ejercicios.

Después de cada ejercicio enseñado harán un repaso general para que la perra de terapia pueda recordar la rutina y practicarla en casa.

c. Ritual de Salida:

- Dinámica: “Iré a apuntar en mi cuaderno lo aprendido”
- Tiempo: 5 minutos.

La perra se mostrará muy entusiasmada por haber aprendido una rutina de ejercicios, pero ya se tiene que ir para que apunte lo aprendido en su cuaderno y pueda repetir a diario su rutina de ejercicios en casa. Se despide ejecutando comando “saludo”.

SESIÓN IX

Tipo de sesión : Grupal
Tiempo de sesión : 30 minutos

a. Ritual de entrada:

- Dinámica: “Viruta es elegida mejor amiga”
- Tiempo: 5 minutos.

Los niños se encontrarán sentados en la colchoneta, la terapeuta les contará que Viruta ha sido elegida la mejor amiga en su clase de adiestramiento. Luego de ello el animal ingresará al ambiente de terapia junto a su técnica, saluda a los niños usando comando “saludo” y se coloca en posición “junto” cerca a cada niño para que ellos la acaricien si lo desean.

b. Desarrollo:

- Dinámica: “Vistiendo a Viruta”
- Tiempo: 20 minutos.

La terapeuta les comentará a los niños que por haber sido elegida mejor amiga, Viruta tiene que asistir a su fiesta de homenaje vestida para la ocasión, entonces la terapeuta les presentará a los niños dos vestidos diferentes para que ellos puedan elegir cual es el que mejor le queda a Viruta. Luego, tendrán que peinarla (se empleará un peine con mango engrosado) y vestirla. Finalmente, la terapeuta invitará a los niños a elaborar un collar para viruta, el cual será hecho a base de ganchos, ambos irán colocando los ganchos de forma alterna (uno a la vez) en un aro de plástico de tamaño mediano. Finalmente ambos niños colocarán el collar a Viruta.

c. Ritual de Salida:

- Dinámica: “Me voy a mi homenaje de mejor amiga”
- Tiempo: 5 minutos.

Finalmente Viruta modelará su vestido y su collar ante los niños, luego se despedirá realizando el comando “gracias” y se retirará del ambiente junto con su técnica, indicando que se va feliz a su homenaje de mejor amiga.

SESIÓN X

Tipo de sesión : Grupal
Tiempo de sesión : 30 minutos

a. Ritual de entrada:

- Dinámica: “Alguien está resfriada”
- Tiempo: 5 minutos.

Los niños se encuentran dentro del ambiente de terapia con su terapeuta; luego ingresa Viruta con su técnica, se saludan entre todos, pero la terapeuta hace mención de que hoy Viruta llegó triste a la terapia porque esta resfriada por haber comido muchas cosas frías, Viruta realizará comando “vergüenza”.

b. Desarrollo:

- Dinámica: “Una sopita caliente”
- Tiempo: 20 minutos.

La terapeuta invita a los niños a que preparen una “sopita caliente” para el animal, y coloca diferentes recipientes llenos con distinta comida (uno con pienso -alimento seco para animales-, otro con embutido de pavo, otro con pedazos de hígado, etc.) que pueda ingerir el animal, la consigna es que los niños utilizando una cuchara (o cucharón pequeño) tomen un poco de cada alimento y lo mezclen en una ollita, como si fuesen a preparar una sopa; luego de haber terminado el preparado, tendrán que servirlo en el plato del perro y cómo ésta se encuentra algo enfermita primero le darán de comer en la boca, finalmente Viruta empezará a comerá sola en señal de que se siente repuesta.

c. Ritual de Salida:

- Dinámica: “Ya me siento mejor”
- Tiempo: 5 minutos.

Viruta terminará de comer toda la comida preparada y en agradecimiento hará algunos comandos: “saludo”, “twist” (comandos que significarán que el animal ya se encuentra mejor). Se despide contenta pues ya se siente mejor y debe retornar a clases.

SESIÓN XI

Tipo de sesión : Grupal
Tiempo de sesión : 30 minutos

a. Ritual de entrada:

- Dinámica: “Saludándonos”
- Tiempo: 5 minutos.

Los niños se encontrarán sentados dentro de su ambiente de terapia junto con su terapeuta quien les dirá que Viruta desea entrar a visitarlos, ellos la llamarán por su nombre para que ingrese; tras escucharlos el animal hará su ingreso junto a su técnica, ejecutará el comando “saludo”, y después se acercará a cada niño para que la saluden y/o acaricien si ellos desean.

b. Desarrollo:

- Dinámica: “Un rico desayuno”
- Tiempo: 20 minutos.

La terapeuta les contará a los niños que Viruta ha llegado al colegio sin tomar desayuno, por lo tanto les propondrá prepararle algo para comer. Los niños se encontrarán sentados sobre la colchoneta, la técnica colocará a Viruta sentada al frente de los niños. Posteriormente se entregará a cada niño un mandil para no ensuciarse a la hora de “cocinar” ellos se lo colocarán por sí solos, la terapeuta brindará ayuda de ser necesaria.

Luego, se dará a cada niño un plato y una cuchara donde se preparará el alimento. La terapeuta tendrá una lata de comida para perros, cada niño tendrá que coger con su cuchara un poco de comida para colocarlo en su plato, posteriormente harán el mismo procedimiento con el “pienso” y con arroz. Finalmente los niños tendrán que combinar todos los alimentos con ayuda de la cuchara, luego ambos echarán la comida en el plato de Viruta.

c. Ritual de Salida:

- Dinámica: “A comer”
- Tiempo: 5 minutos.

Y por último los niños le darán el plato de comida a Viruta para que los disfrute. Finalmente, Viruta se retirará pero antes agradecerá con comando “gracias” como de haberle gustado mucho su desayuno.

SESIÓN XII

Tipo de sesión : Grupal
Tiempo de sesión : 30 minutos

a. Ritual de Entrada

- Dinámica: “Invitando a pasar al salón a Viruta ”
- Tiempo: 5 minutos.

Los niños se encontrarán sentados dentro de su ambiente de terapia junto con su terapeuta quien les dirá que Viruta ha llegado nuevamente y les invitará a llamarla para que ingrese a saludarlos y a jugar con ellos. Luego el animal hace su ingreso junto a su técnica, la colocará en posición “saludo”, y después la acercará a cada niño para que la saluden y/o acaricien si ellos desean.

b. Desarrollo

- Dinámica: “Viruta se va a una fiesta de disfraces”
- Tiempo: 20 minutos.

La terapeuta les contará a los niños que Viruta se irá a una fiesta de disfraces, y por tanto requiere ayuda para elegir el disfraz que usará, así tras ayudarla a elegir un modelo, ambos colaborarán en colocarle el disfraz, pero antes deberán retirarle el chaleco que lleva puesto. Después, la terapeuta les comentará que Viruta ha llevado sus perfumes para que ellos le ayuden a aplicárselo, sin embargo ella ha confundido los envases y no sabe cuál de ellos es el perfume, por tanto ambos niños tendrán la tarea de descubrir cuál de los envases contiene el perfume de Viruta para que puedan aplicárselo luego.

Finalmente, los niños tendrán que dar el desayuno a Viruta para que ella tenga energía y pueda bailar mucho en su fiesta de disfraces, la terapeuta brindará a cada niño un recipiente con comida, entonces cada niño tendrá que dar de comer a Viruta, utilizando una cuchara o en su defecto cogiendo el envase, según la habilidad de cada niño.

c. Ritual de Salida

- Dinámica: ““Me voy a mi fiesta de disfraces”
- Tiempo: 5 minutos.

Viruta se despedirá de los niños realizando algunos comandos: “saludo”, “twist” en señal de agradecimiento por haberla alistado para ir a su fiesta de disfraces. Luego se retirará del ambiente junto a su técnica.

4.7 RECOLECCIÓN DE DATOS

A. Plan de recolección de datos

El estudio se ejecutó en las instalaciones del centro educativo “La Alegría en El Señor”, La Molina; tras autorización de la directora del centro educativo y con la participación -bajo consentimiento, firma y aprobación de padres y/o apoderados- de una población final de 6 niños con PC en segundo grado de primaria del centro educativo para menores ya mencionado; la población y el lugar de estudio fueron elegidos según los fines que perseguía la presente investigación (institución que cuenta con alumnos con diagnóstico de Parálisis Cerebral de diferente tipo) y considerando criterios de accesibilidad y facilidades (lugar de fácil acceso, cercano a la institución que brinda en apoyo a la investigación al Perro de Terapia y finalmente porque el colegio estuvo presto a colaborar con el presente estudio).

La puesta en práctica se desarrolló en el mes de Setiembre del año 2013, periodo en el cual se brindó a cada participante doce sesiones terapéuticas de 30 min, con una frecuencia de 3 veces por semana (lunes, miércoles y viernes) continuando el plan de tratamiento de acuerdo a las necesidades de cada participante según lo estipulado por su terapeuta de planta, papel que fue llevado a cabo por una de las investigadoras quien por encontrarse laborando en dicho centro exclusivamente ocupó el papel de terapeuta en la presente investigación, motivo por el cual la segunda investigadora cumplió exclusivamente la labor de recolección de datos así en esta etapa de la investigación fue la responsable de aplicar el Cuestionario Volitivo Pediátrico, éste se aplicó en tres fechas distintas, la primera se realizó en la primera sesión, la segunda en la sexta y finalmente la tercera se dio en la última sesión de terapia (décimo segunda sesión), estas evaluaciones se realizaron con la finalidad de poder determinar si la TAP fue útil o no para influenciar la volición de los participantes.

Siguiendo los márgenes estipulados de la Terapia Asistida por Animales, las sesiones terapéuticas incluyeron además de los usuarios, a una Terapeuta Ocupacional (con grado de bachiller, a cargo de la Terapeuta Ocupacional del centro educativo), a una asistente de TAA y además a un Perro de

Terapia, que contaba con una apropiada preparación para este tipo de intervenciones y con el respaldo de la Fundación Bocalan España, sede Perú. A este equipo se sumó la presencia de una evaluadora a cargo del manejo del PVQ y de un voluntario (a) de la Fundación Bocalan (éste último, por requerimiento de la institución mencionada).

B. Instrumento utilizado (ver anexo 1)

Se utilizó como instrumento de evaluación la Hoja C del Cuestionario Volitivo Pediátrico (Pediatric Volitional Questionnaire [PVQ]). Este instrumento, como se mencionó; durante la intervención fue aplicado a cada participante en tres momentos (1°, 6° y 12° sesión) para finalmente, contrastar resultados y registrar evidencias objetivas.

B.1 Definición

El Cuestionario Volicional Pediátrico (Pediatric Volitional Questionnaire / PVQ) es una evaluación observacional que examina la motivación en los niños. El PVQ ofrece una manera de sistematizar el registro de las acciones y reacciones de un niño en su ambiente. Así, permite obtener una perspectiva tanto de los motivos internos del niño como de la influencia facilitadora o inhibidora que el ambiente ejerce sobre su volición. Puede ser usado por terapeutas ocupacionales o por otros profesionales interesados en profundizar su conocimiento sobre la motivación de un niño (...) cuenta con una Escala de Puntaje compuesta por 14 indicadores y con un Registro de Características Ambientales²¹.

B.2 Sobre la administración del PVQ:

El PVQ debe ser administrado por profesionales familiarizados con el MOHO. En cada sesión el evaluador llena una escala del puntaje otorgado al niño y toma nota de la información cualitativa sobre el ambiente en el registro de características ambientales. La tarea se realiza con mayor eficiencia si el evaluador conoce al niño. Las ocupaciones observadas pueden incluir juego libre, actividades de la

vida diaria o actividades escolares. El evaluador debe tener siempre presente que la intención de la evaluación es medir volición, no medir habilidad²¹.

a. Hoja de Registro de Indicadores Volicionales²¹:

Encontramos tres formatos de Hojas de Registro de Indicadores Volicionales: El de tipo A, B y el tipo C, para evaluar se puede elegir cualquiera de estos. En nuestra investigación se empleó la Hoja de Registro C; versión en inglés PVQ v2.1 2008 (ver anexo 1), debido a que es el formato más actual y completo que a la fecha se ha publicado. Estas Hojas de Registro (A, B y C) constan de una escala de evaluación de 14 criterios que captura sistemáticamente información acerca de la volición del niño, los cuales se refieren a: Muestra Curiosidad, Inicia Acciones, Se Orienta hacia un Objetivo, Muestra preferencias, Intenta Cosas Nuevas, Permanece Involucrado, Expresa Placer con sus Logros, Trata de Resolver Problemas, Trata de Producir Efectos, Practica Habilidades, Busca Desafíos, Organiza / Modifica el Ambiente, Realiza una Actividad Hasta Completarla y Usa la Imaginación. A dichos criterios se le otorga un puntaje que consiste en una escala de cuatro puntos que representan diferentes grados de expresión de la volición (espontáneo, involucrado, dudoso y pasivo), además considera la valoración “No aplicable (N/A)”.

El puntaje se otorga de acuerdo con el grado de espontaneidad y la cantidad de apoyo, estructura y estimulación (sean indicaciones visuales, verbales o gestuales) requeridos para que el niño exhiba un determinado comportamiento volicional.

Es así que: El puntaje espontáneo se otorga si muestra el comportamiento sin necesidad de apoyo, estructura o estimulación. El involucrado si muestra el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo. El puntaje dudoso si muestra el comportamiento con máximo apoyo, estructura o

estímulo. El puntaje pasivo se otorga si no demuestra el comportamiento aún con apoyo, estructura o estímulo. Finalmente se asigna el valor no aplicable si no fue posible evaluar un ítem debido que el niño no tuvo oportunidad de demostrar el comportamiento.

b. Hoja de Registro de las Características ambientales:

Recoge información sobre el medio, su propósito es registrar las características ambientales que podrían estar impactando la volición del niño. El registro provee al observador un método estructurado para asentar los aspectos salientes del ambiente.

Tal como lo señala el propio manual: “El registro de las características ambientales ha sido diseñado para proveer un formato organizado con el cual observar el ambiente en que el niño se desempeña. Está compuesto de cuatro secciones: Espacio, Objetos, Ambiente Social, y Formas Ocupacionales”²⁹.

En el presente estudio se utilizó esta Hoja de registro (versión 2.0, 2008 – ver anexo 2) en español; únicamente para conocer en qué condiciones se presentaron los cambios en los diferentes indicadores volitivos.

El PVQ evalúa a todos los niños de 2 a 7 años de edad independientemente de su capacidad; sin embargo, tal como lo sostienen el manual del PVQ “En la práctica, los terapeutas ocupacionales han descubierto que el uso del PVQ es apropiado también con niños y adolescentes cronológicamente mayores que funcionan a niveles evolutivos menores”²¹.

4.8 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel; el cual se utilizó para ingresar los resultados obtenidos.

Se trabajó con los resultados del total de participantes a pesar de que uno de ellos solo alcanzó a realizar diez de las doce sesiones programadas para cada niño (es decir alcanzó más del 80% de las sesiones); por tal motivo para el vaciado de datos de la tercera evaluación de dicho niño se le atribuyó el promedio mínimo obtenido del total de participantes que concluyeron la décimo segunda sesión siguiendo el principio de análisis de Intención a Tratar para evitar sesgo en los resultados.

Posteriormente dichos datos fueron analizados a través del uso de medidas de tendencia central (comparación y verificación de los resultados) con lo cual se realizaron los cuadros y gráficas correspondientes.

Para analizar el objetivo que mide la relación entre ambas variables fue necesario agrupar los datos en una tabla de contingencia en Microsoft Excel, los mismos que fueron exportados a SPSS IBM STADISTIC 19, con el objetivo de calcular los valores Chi cuadrado y determinar el nivel de relación entre ambas variables y así establecer los valores de significancia válidos para la investigación y además determinar la influencia de la presencia del perro con respecto a la volición de los participantes.

Para identificar los indicadores que presentaron mayor variación se utilizó la base de datos en el programa Microsoft Excel ya mencionada. Dichos datos fueron tabulados en un cuadro ordenándolos mediante valores cuantitativos para poder ser procesados, lo que permitió establecer frecuencias por indicadores.

Finalmente se elaboró un libro de códigos donde se registraron los datos del ambiente, los valores fueron agrupados y luego exportados a SPSS IBM STADISTIC 19, con el objetivo de ser analizados y establecer frecuencias.

4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

- En el desarrollo de la investigación se ha garantizado los siguientes valores éticos universalmente aceptados.

Autonomía: Se respetó la capacidad de decisión de los padres o apoderados de los menores participantes, para optar voluntariamente mediante el documento del consentimiento informado a que sus hijos participen en la obtención de datos relacionados con los fines de la investigación y aunque no fue posible la presencia de las personas responsables de los menores en las sesiones ejecutadas (por hallarse los menores dentro de su horario académico), éstos fueron informados en una charla previa (además del consentimiento informado) sobre lo que consistiría las sesiones de terapia necesarias para llevar a cabo la investigación.

Beneficencia: En todo momento se orientó el estudio en busca del bienestar del paciente, informando a los familiares sobre la intervención terapéutica que recibían sus menores.

No maleficencia: No se realizó ningún procedimiento que pueda dañar a la población participante en este estudio. Ningún niño participante fue dañado física ni emocionalmente (se respetó la integridad moral de cada uno de ellos).

Justicia: La población se seleccionó sin ningún tipo de discriminación, tratando a las participantes del estudio con igual consideración y respeto.

Principio de confidencialidad: Nuestra investigación reconoce que los participantes tienen derecho a la privacidad y al anonimato.

- Las doce sesiones que los niños recibieron con el presente estudio fueron sesiones extras a las de su tratamiento típico en Terapia Ocupacional.

- No existe conflicto de intereses generados, tanto la Fundación Bocalan como el colegio La Alegría en el Señor brindaron su apoyo al presente estudio, de forma desinteresada, únicamente en pro de la investigación.

CAPÍTULO V: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1 CRONOGRAMA

	Dic. 2011	En. 2012	Feb. 2012	Mar. 2012	Abr. 2012	Mayo 2012	Jun. 2012	Jul. 2012	Ago. 2012	Set. 2012	Oct. 2012	Nov. 2012	Dic. 2012	En. 2013	feb- 13	Mar. 2013	Abr. 2013	Mayo 2013	Jun. 2013	Jul. 2013	Ag. 2013	Set. 2013	Oct. 2013	Nov. 2013	Dic. 2014	En. 2014	Feb. 2014	Mar. 2014	Abr. 2014	Agosto 2014
<i>Elección del Tema</i>	X	X																												
<i>Identifica. Formulac. del prob.</i>			X	X	X																									
<i>Revisión Bibliográf.</i>					X	X	X	X																						
<i>Marco Teórico</i>								X	X	X	X	X	X																	
<i>Diseño Metodológ.</i>														X	X	X														
<i>Presentación del proyecto</i>																	X	X												
<i>Organización para ejec.</i>																			X	X	X									
<i>Recolec. de datos</i>																					X									
<i>Análisis de datos</i>																						X		X	X					
<i>Organización de datos</i>																									X	X	X			
<i>Presentación de resultados</i>																													X	
<i>Presentación del trabajo de invest.</i>																														X

5.2 PRESUPUESTO

GASTOS	TOTAL EN SOLES
1. Útiles de escritorio	300.00
2. Servicios (fotocopias, alquiler de computadoras, impresiones, Internet, anillado, etc.)	350.00
3. Movilidad: - Al C.E “La Alegría en el Señor” - Reuniones de grupo.	500.00
4. Refrigerios para los niños participantes	250.00
5. Materiales adaptados para que maneje el/los can/es.	300.00
6. Imprevistos.	550
7. Asesorías de profesionales entendidos en las diferentes áreas	2000
8. Asesoría estadística	800
INVERSION TOTAL	S/. 5050.00

5.3 RECURSOS DISPONIBLES

a. Recursos humanos:

Además de las tesis, asesora y co asesoras de tesis, se contó con la colaboración de:

- Técnica en terapia asistida con animales formada en la fundación Bocalan España.
- Tutoría de la Terapeuta Ocupacional del centro educativo La Alegría en el Señor.

b. Recurso animal:

Se contó con la colaboración de un can debidamente entrenado para la tarea de asistencia terapéutica, que está respaldado por la fundación Bocalan España.

- **“Viruta”**: labrador retriever hembra de cinco años con certificación internacional como Perro de Terapia.

c. Recurso material:

Se contó con las instalaciones y facilidades requeridas para la ejecución del proyecto por parte del colegio La Alegría en el Señor.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

6.1 Resultados de la I Evaluación

Gráfico 6.1.1

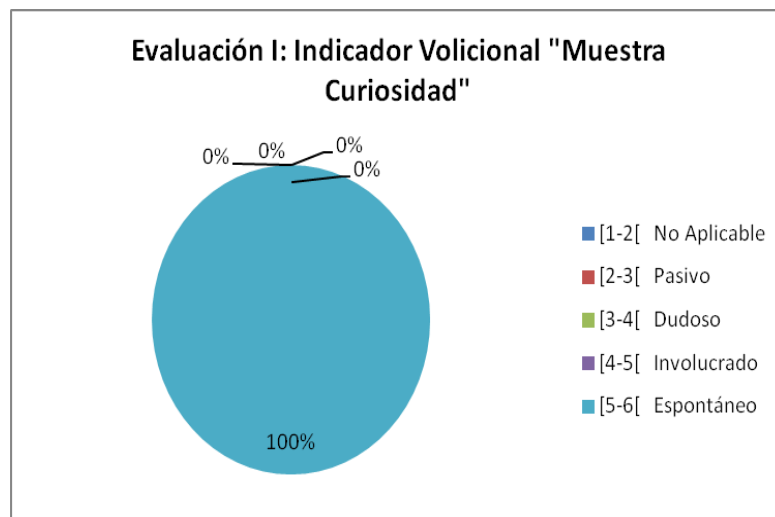


Gráfico 6.1.1: En el indicador volicional "Muestra Curiosidad" el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.1.2

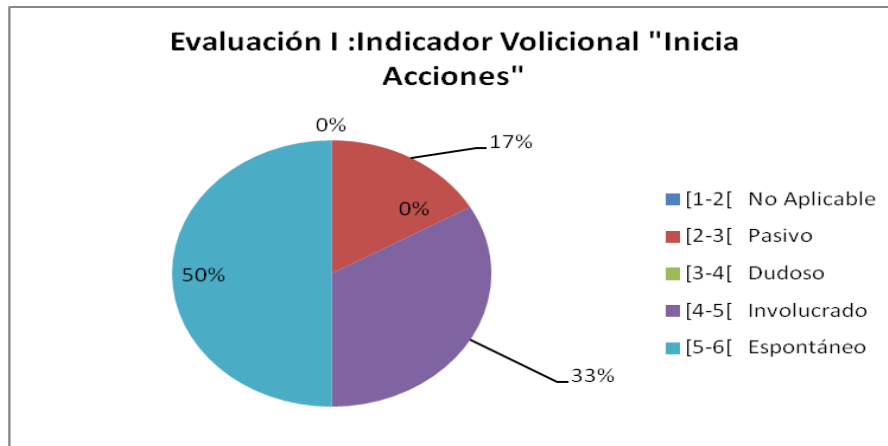


Gráfico 6.1.2 : En el indicador volicional “Inicia Acciones” el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional pasivo, mientras que el 33% de participantes (2 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional involucrado y el otro 50% (3 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.1.3

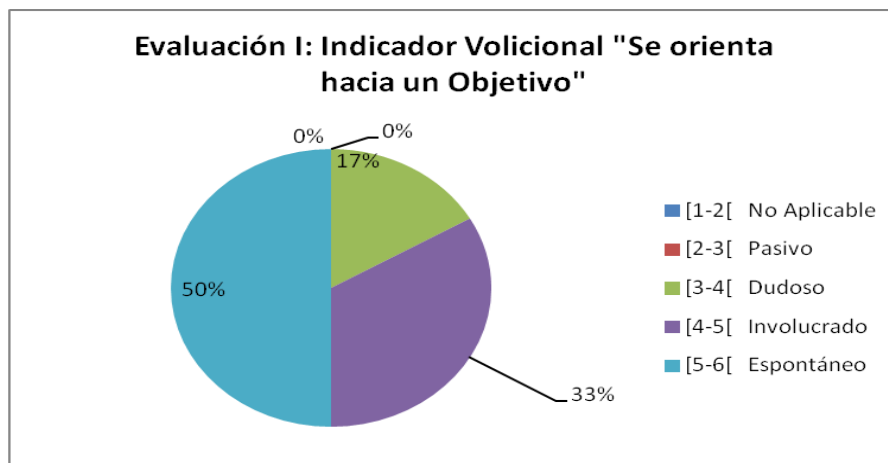


Gráfico 6.1.3: En el indicador volicional “Se orienta hacia un objetivo” el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional dudoso, el 33% de participantes (2 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional involucrado y el 50% (3 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.1.4

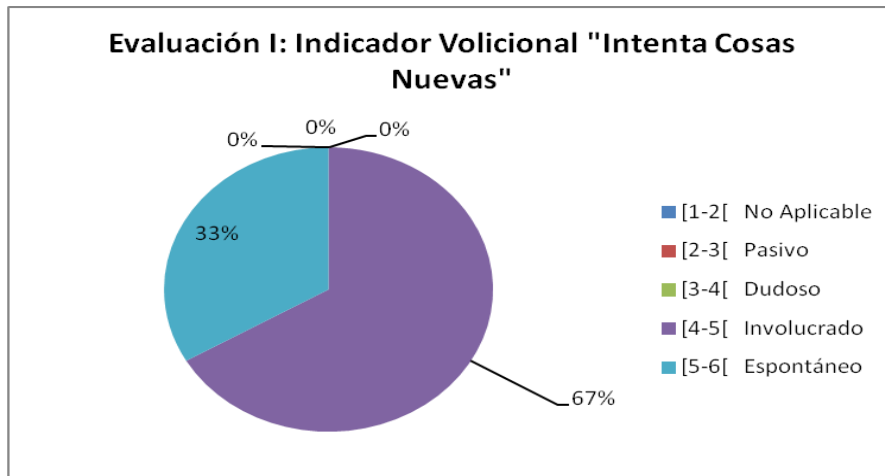


Gráfico 6.1.4: En el indicador volicional “Muestra Preferencias” el 17% de los participantes (1 niño) no tuvo la oportunidad de demostrar este comportamiento volicional, debido a ello se le otorgo el puntaje no aplicable, mientras que el 50% de participantes (3 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional involucrado y el 33% de participantes (2 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.1.5

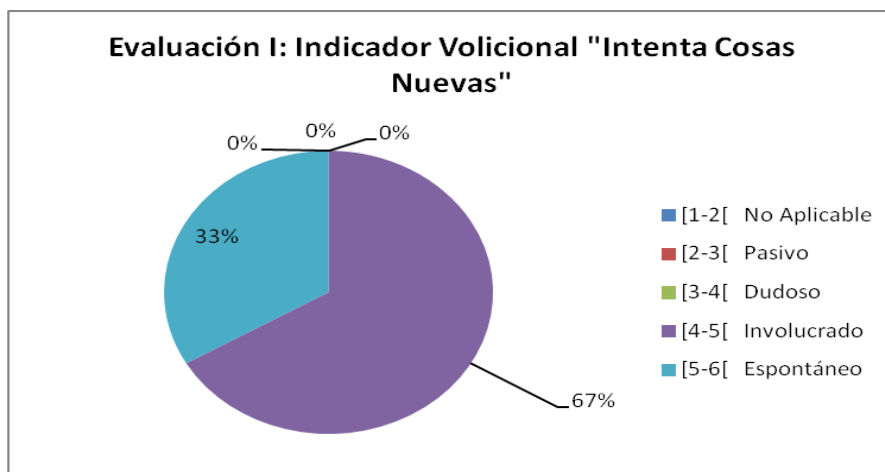


Gráfico 6.1.5: En el indicador volicional “Intenta cosas nuevas” el 67% de los participantes (4 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional involucrado, mientras que el 33% de participantes (2 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.1.6

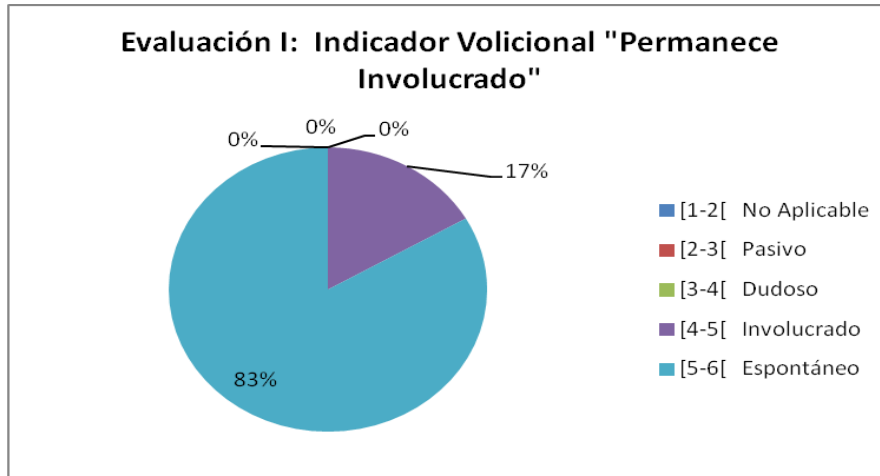


Gráfico 6.1.6: En el indicador volicional “Permanece involucrado” el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional involucrado, mientras que el 83% de participantes (5 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.1.7

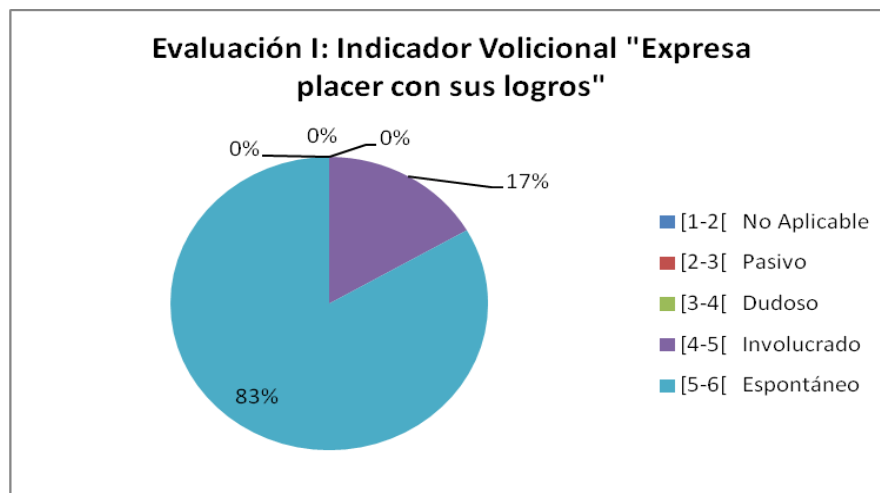


Gráfico 6.1.7: En el indicador volicional “Permanece involucrado” el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional involucrado, mientras que el 83% de participantes (5 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.1.8:

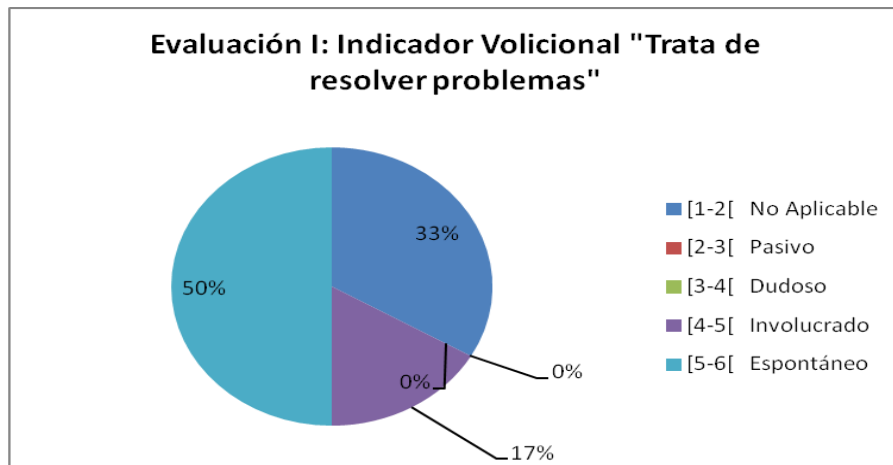


Gráfico 6.1.8: En el indicador volicional “Trata de resolver problemas” el 33% de los participantes (2 niños) no tuvieron la oportunidad de demostrar este comportamiento volicional, debido a ello se le otorgó el puntaje no aplicable, mientras que el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional involucrado y el 50% de participantes (3 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.1.9

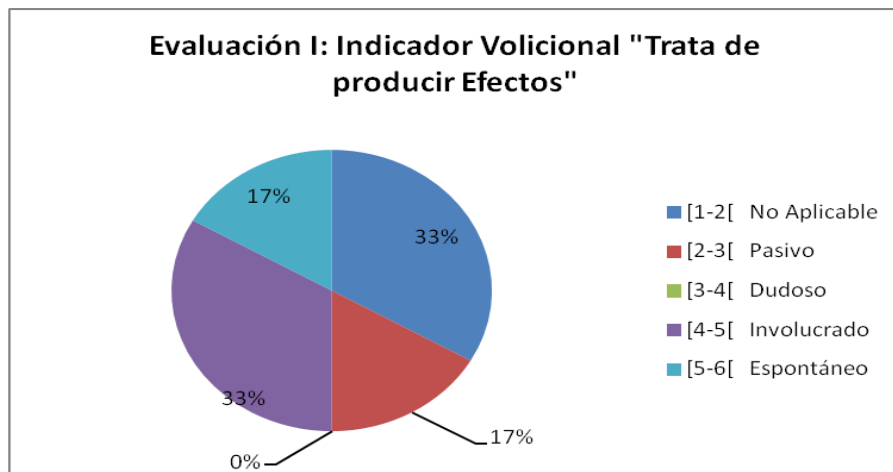


Gráfico 6.1.9: En el indicador volicional “Trata de producir efectos” el 33% de los participantes (2 niños) no tuvieron la oportunidad de demostrar este comportamiento volicional, debido a ello se le otorgó el puntaje no aplicable, mientras que el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional pasivo, mientras que el 33% de participantes (2 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional involucrado y el otro 17% de

participantes (1 niño) obtuvo el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.1.10:

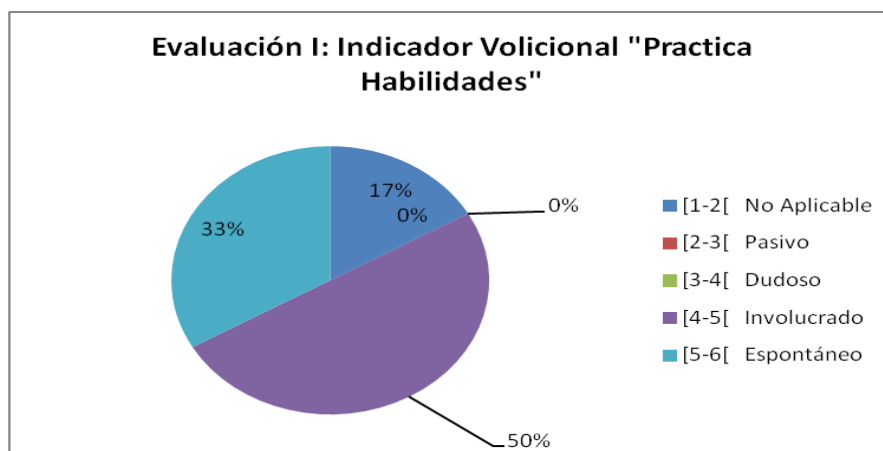


Gráfico 6.1.10: En el indicador volicional “Practica habilidades” el 17% de los participantes (1 niño) no tuvo la oportunidad de demostrar este comportamiento volicional, debido a ello se le otorgo el puntaje no aplicable, mientras que el 50% de participantes (3 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional involucrado y el otro 33% de participantes (2 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.1.11:

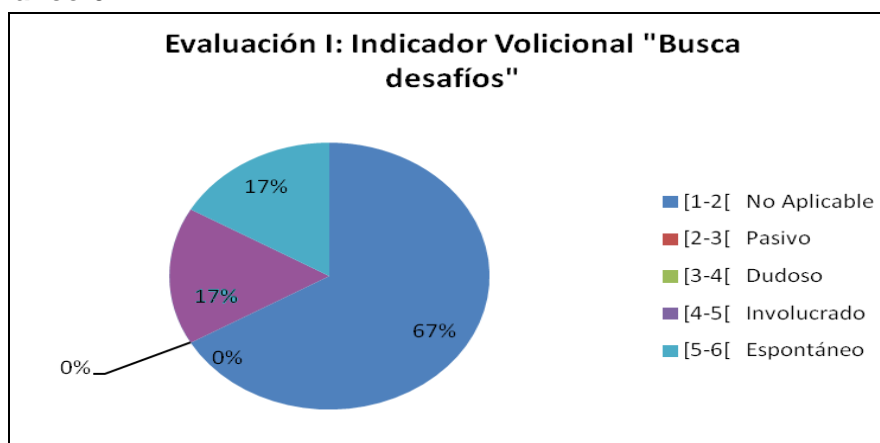


Gráfico 6.1.11: En el indicador volicional “Busca desafíos” el 67% de los participantes (4 niños) no tuvieron la oportunidad de demostrar este comportamiento volicional, debido a ello se les otorgo el puntaje no aplicable, mientras que el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo el puntaje de grado de expresión volicional involucrado y el otro 17% de participantes (1 niño) obtuvo el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.1.12

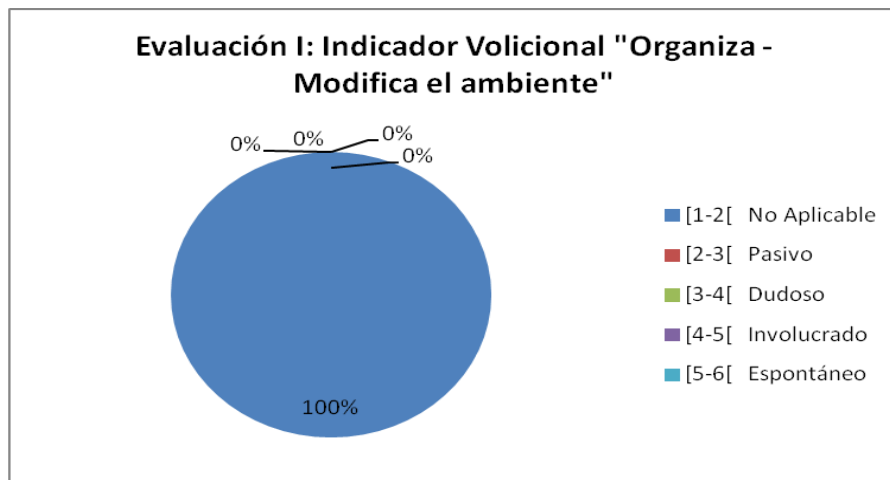


Gráfico 6.1.12: En el indicador volicional “Organiza y modifica el ambiente” el 100% de los participantes (6 niños) no tuvieron la oportunidad de demostrar este comportamiento volicional, debido a ello se les otorgo el puntaje no aplicable.

Gráfico 6.1.13:

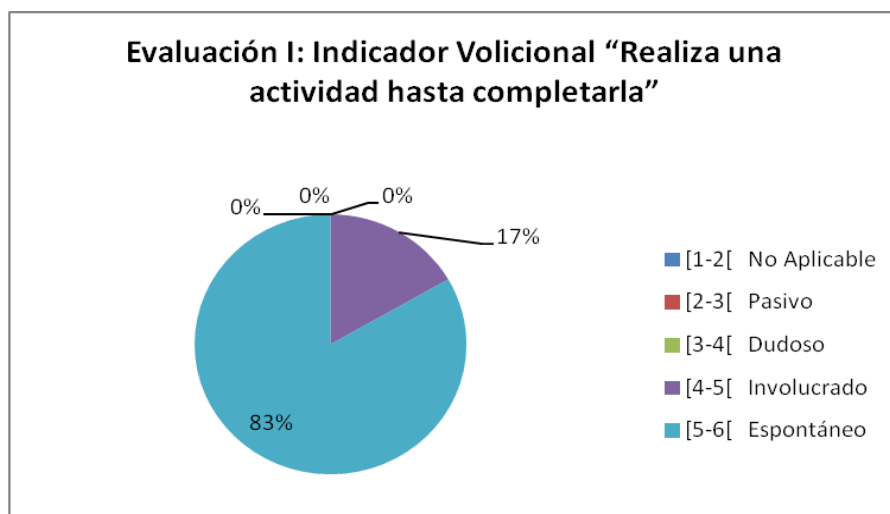


Gráfico 6.1.13: En el indicador volicional “Realiza una actividad hasta completarla” el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo el puntaje de grado de expresión volicional involucrado y el otro 83% de participantes (5 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.1.14

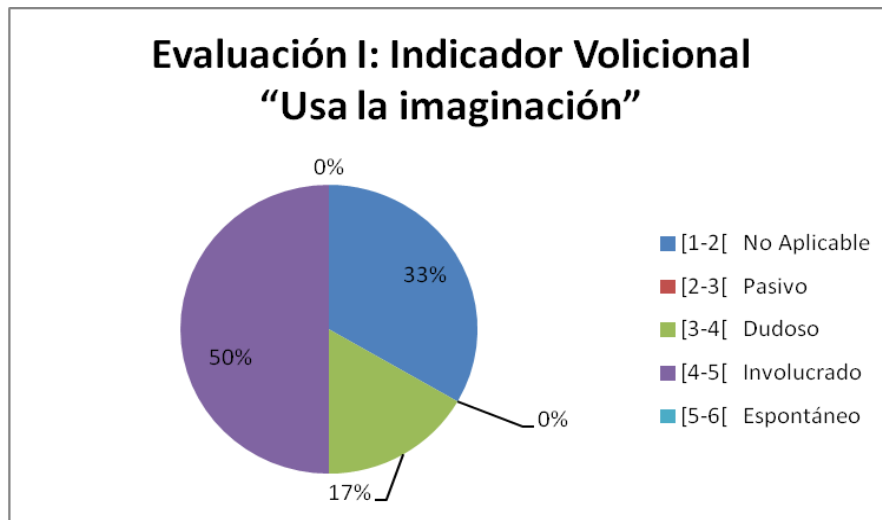
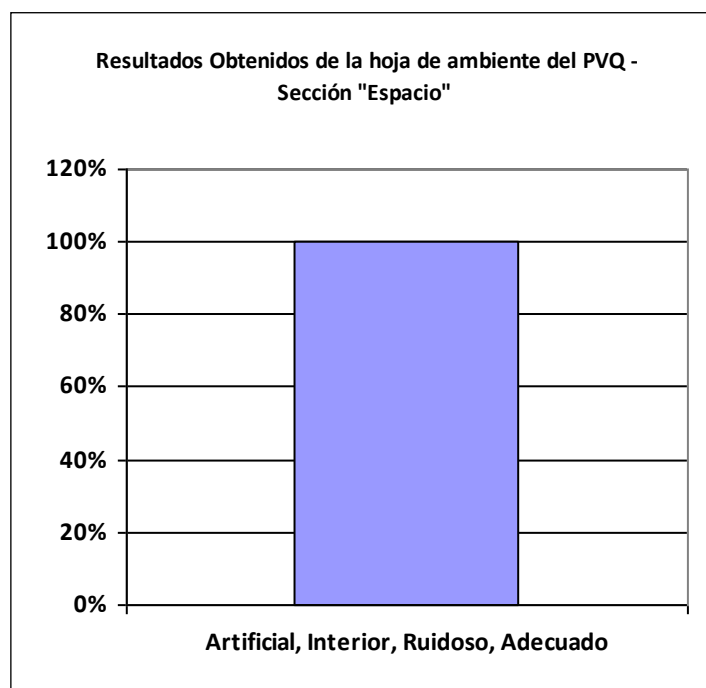


Gráfico 6.1.14: En el indicador volicional “Usa la imaginación” el 33% de los participantes (2 niños) no tuvieron la oportunidad de demostrar este comportamiento volicional, debido a ello se les otorgo el puntaje no aplicable, mientras que el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo el puntaje de grado de expresión volicional dudoso y el otro 50% de participantes (3 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional involucrado.

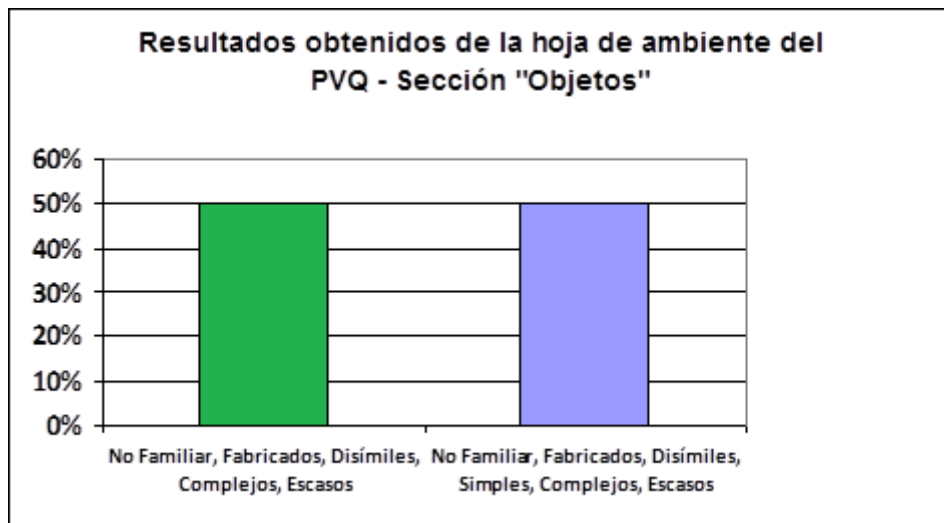
Cabe resaltar que los resultados registrados en la Evaluación I, se dieron en las siguientes condiciones ambientales, tal como fue registrado en la Hoja de Ambiente del PVQ:

Gráfica 6.1.15



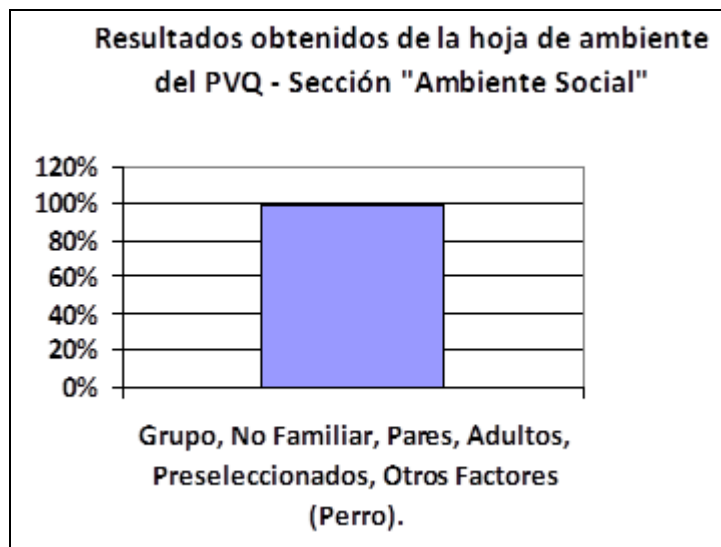
Gráfica 6.1.15: La gráfica refiere que para la sección “Espacio”, las características ambientales fueron: artificial, interior, ruidoso y adecuado; es decir el espacio en el que se realizó la primera evaluación fue en un espacio cerrado con luz artificial, con presencia de ruidos externos y de tamaño adecuado para el 100% de los participantes.

Gráfica 6.1.16



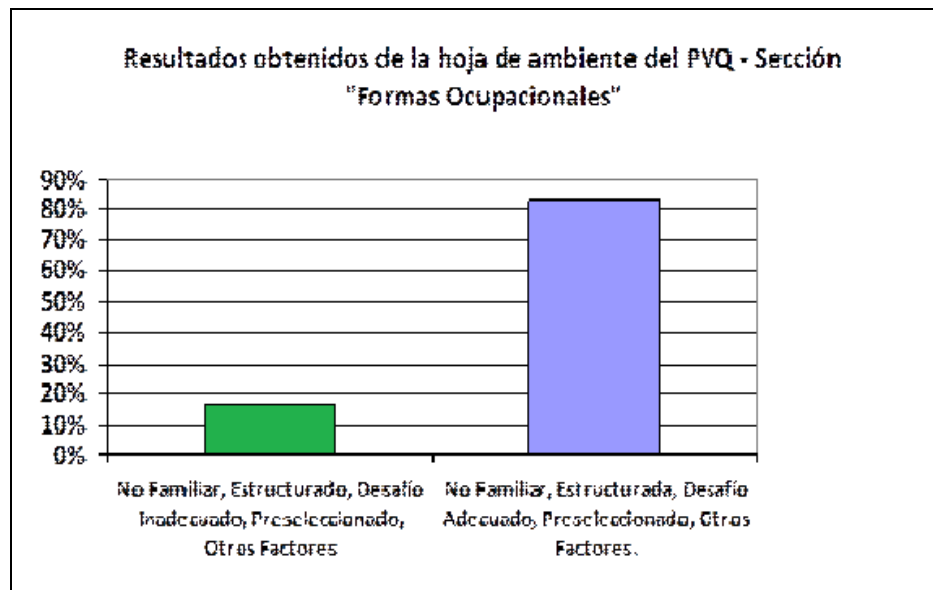
Gráfica 6.1.16: La gráfica refiere que las características ambientales para la sección “Objetos” fueron: no familiar, fabricados, disímiles, complejos y escasos; es decir los objetos que se utilizaron en la primera evaluación fueron desconocidos (poco familiares) para los niños, fabricados (como tarjetas), disímiles (diferentes características), complejos: lo cual demandaba un comportamiento más especializado en el niño y escasos porque el número de objetos presentes eran pocos: estas características se dieron para el 50% de la población (3 niños). Mientras que las características de los objetos para el otro 50% de los participantes (3 niños) fueron: no familiar, fabricados, disímiles, simples (demandaba en el niño un comportamiento no especializado) y escasos.

Gráfica 6.1.17



Gráfica 6.1.17: La gráfica refiere que las características ambientales para la sección “Ambiente Social” fueron: en grupo, pares, adultos (dos niños, terapeuta y técnico en TAP), no familiar (personas desconocidas para los participantes), preseleccionado (el grupo de personas que participó fue asignado por la terapeuta), además de ello se consideró la presencia de otros factores como es la presencia del Perro de Terapia.

Gráfica 6.1.18



Gráfica 6.1.18: La gráfica refiere que las características ambientales para la sección “Formas Ocupacionales” fueron: no familiar (la actividad fue novedosa para el niño), estructurado (la secuencia de la actividad ya estaba preestablecida), de desafío inadecuado (demandaba un comportamiento complejo para el niño), preseleccionada (escogida por la terapeuta), además existió la presencia de otros factores como lo fue la participación activa del Perro de Terapia; para el 17% de los participantes (1 niño); mientras que las características de las formas ocupacionales para el otro 83% de participantes (5 niños) fueron: no familiar, estructurada, desafío adecuado (demandaba un comportamiento sencillo para los participantes), preseleccionada y otros factores.

6.2 Resultados de la II Evaluación

Gráfico 6.2.1

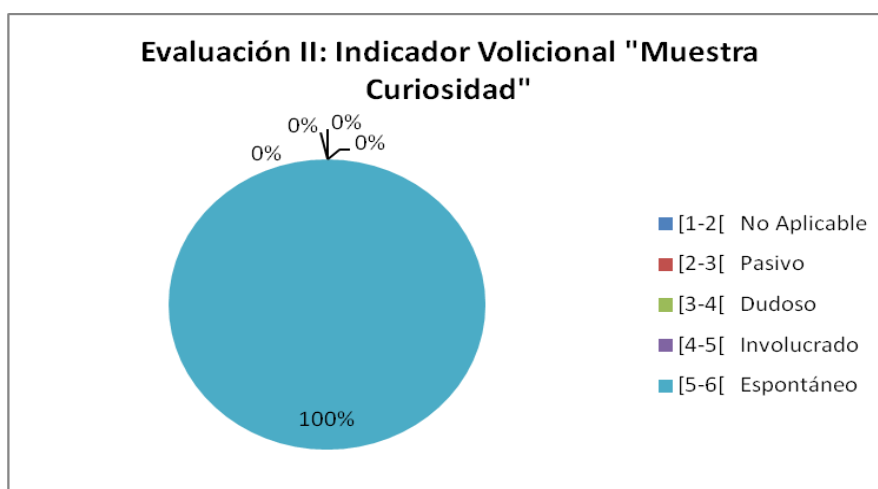


Gráfico 6.2.1: En el indicador volicional “Muestra Curiosidad” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.2.2

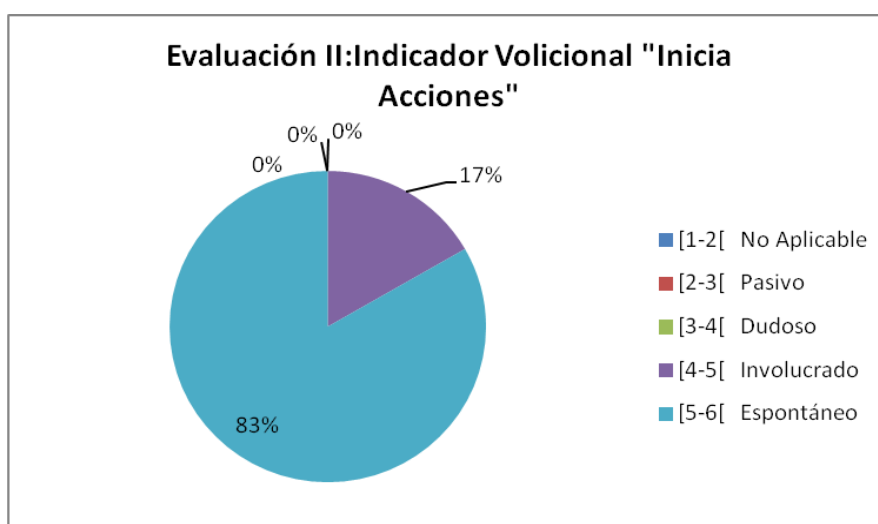


Gráfico 6.2.2: En el indicador volicional “Inicia acciones” el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional involucrado, mientras que el otro 83% de participantes (5 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.2.3

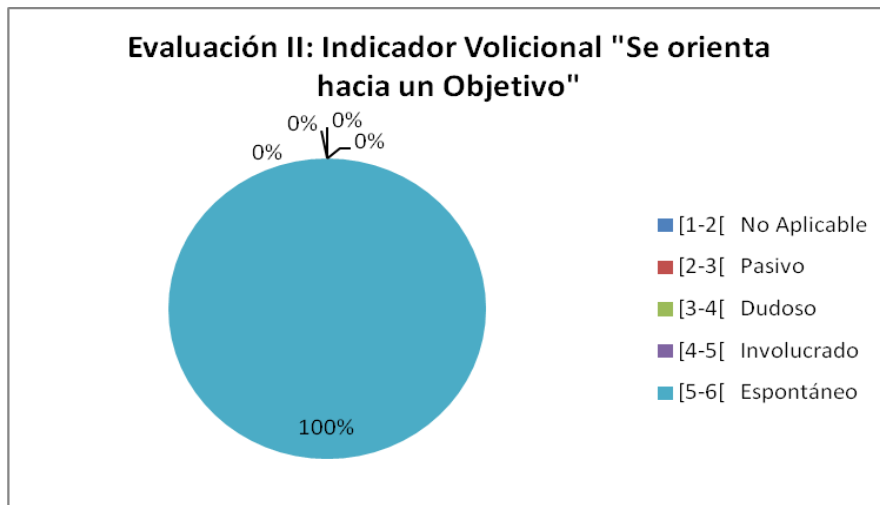


Gráfico 6.2.3: En el indicador volicional “Se orienta hacia un objetivo” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.2.4

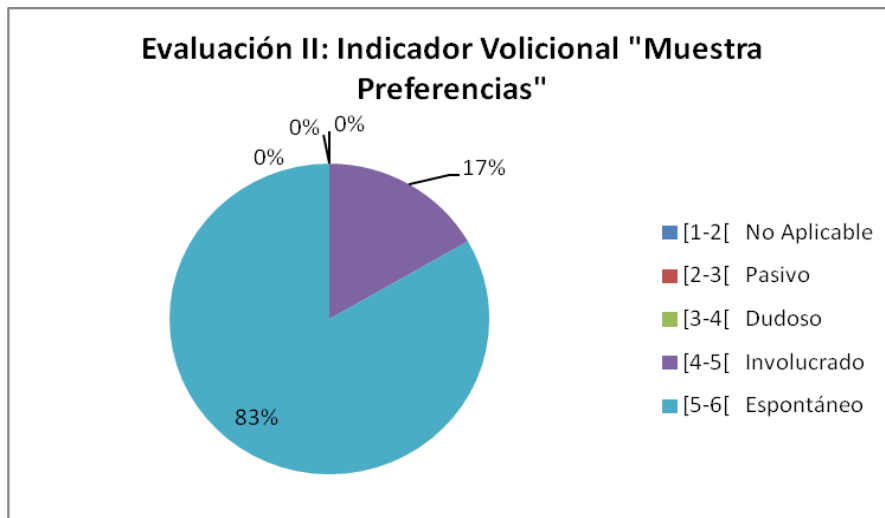


Gráfico 6.2.4: En el indicador volicional “Muestra preferencias” el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional involucrado, mientras que el otro 83% de participantes (5 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.2.5

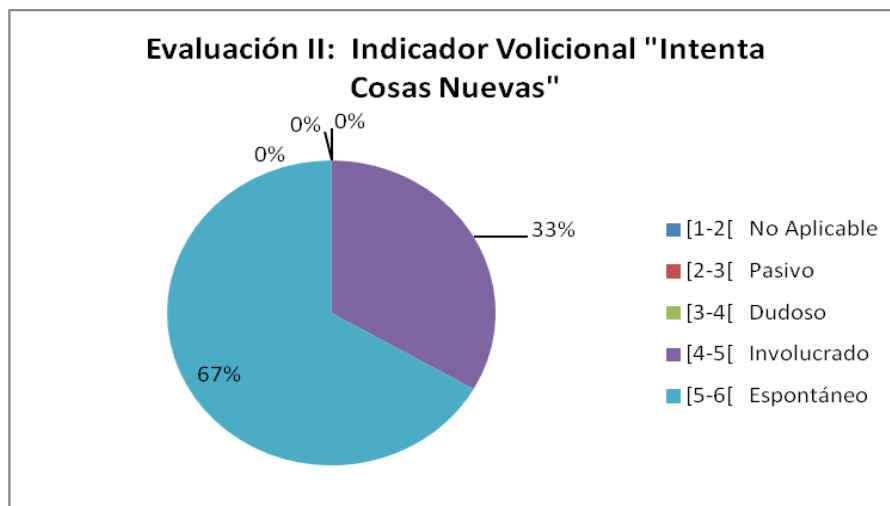


Gráfico 6.2.5: En el indicador volicional “Intenta cosas nuevas” el 33% de los participantes (2 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional involucrado, mientras que el otro 67% de participantes (4 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.2.6

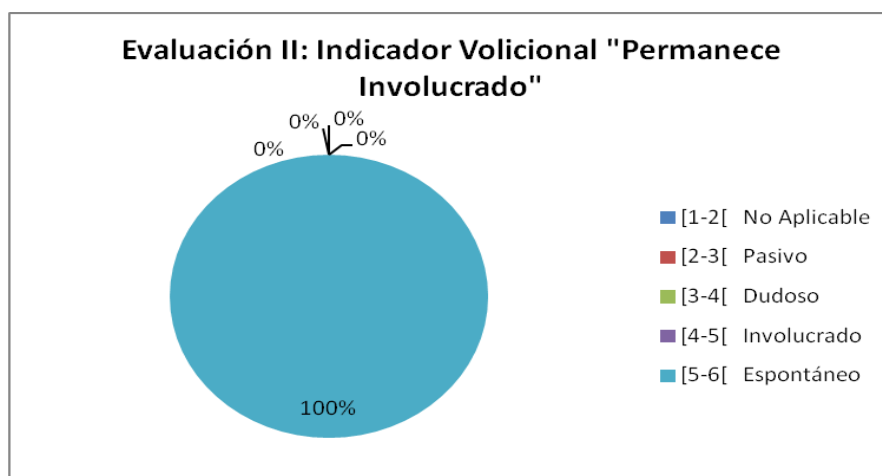


Gráfico 6.2.6: En el indicador volicional “Permanece involucrado” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.2.7

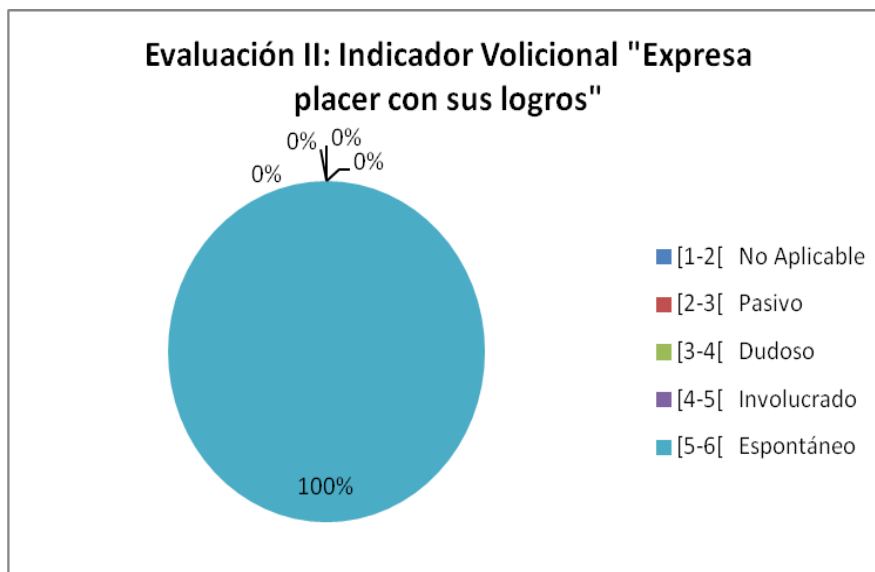


Gráfico 6.2.7: En el indicador volicional “Expresa placer con sus logros” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.2. 8

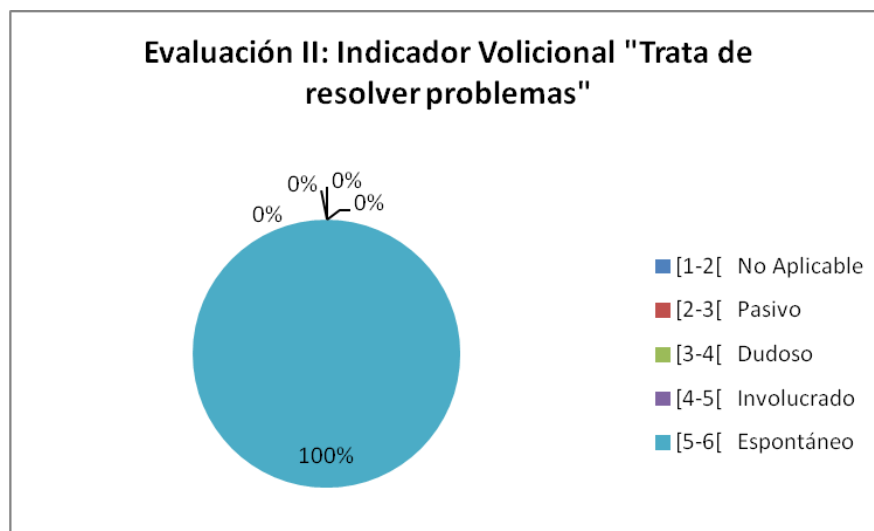


Gráfico 6.2.8: En el indicador volicional “Trata de resolver problemas” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.2. 9

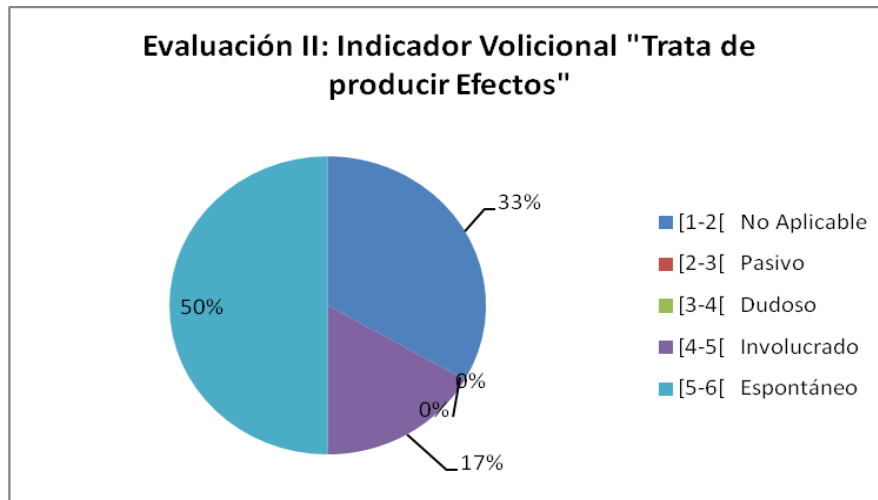


Gráfico 6.2. 9: En el indicador volicional “Trata de producir efectos” el 33% de los participantes (2 niños) no tuvieron la oportunidad de demostrar este comportamiento volicional, debido a ello se les otorgo el puntaje no aplicable, mientras que el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo el puntaje de grado de expresión volicional involucrado y el otro 50% de participantes (2 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.2.10

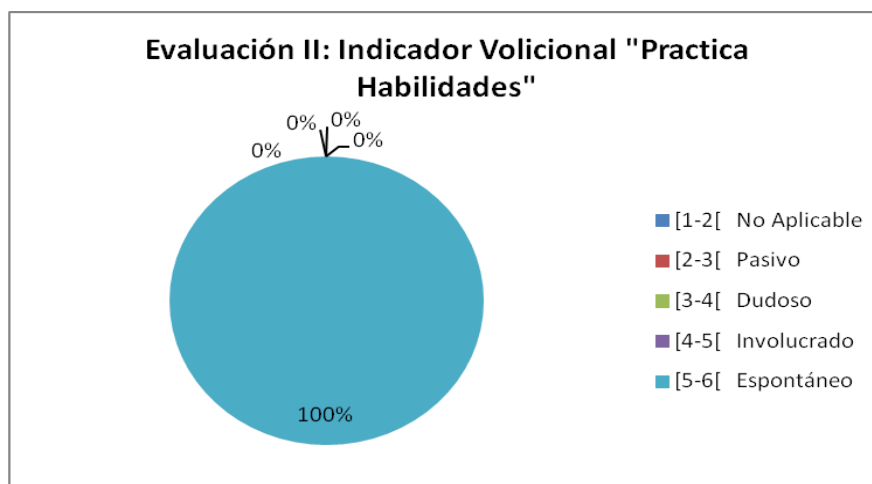


Gráfico 6.2.10: En el indicador volicional “Practica habilidades” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.2.11

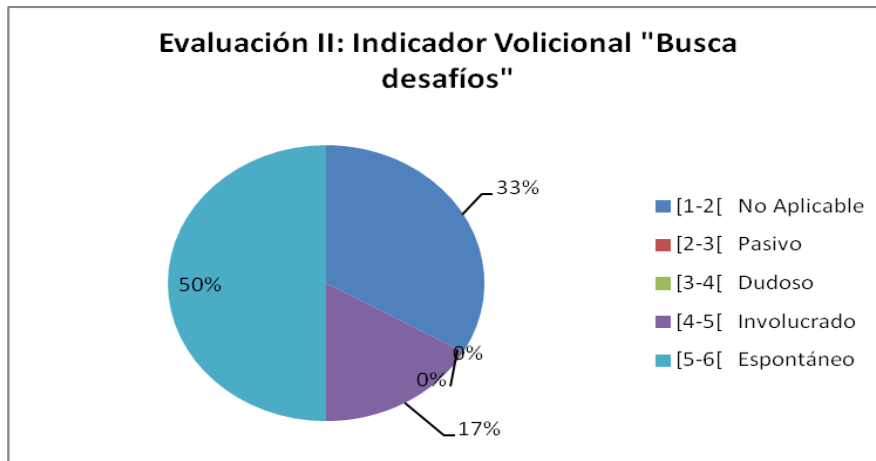


Gráfico 6.2.11: En el indicador volicional “Busca desafíos” el 33% de los participantes (2 niños) no tuvieron la oportunidad de demostrar este comportamiento volicional, debido a ello se les otorgo el puntaje no aplicable, mientras que el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo el puntaje de grado de expresión volicional involucrado y el otro 50% de participantes (3 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.2.12

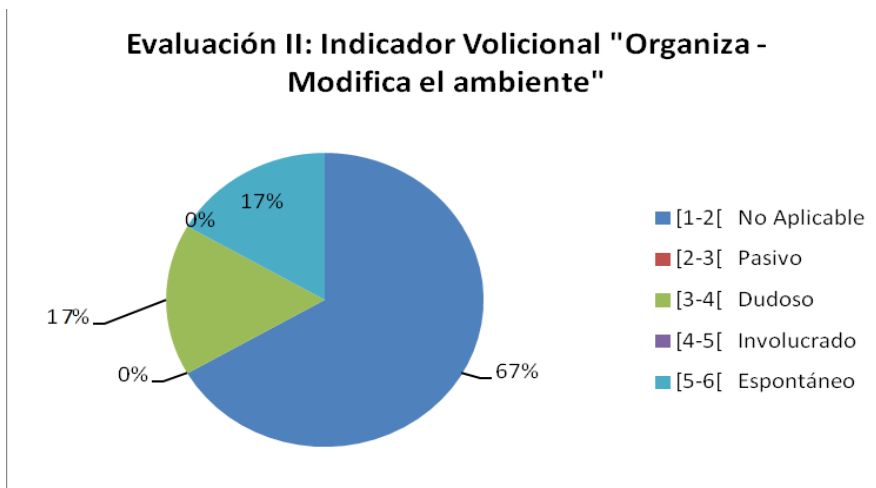


Gráfico 6.2.12: En el indicador volicional “Organiza y modifica el ambiente” el 67% de los participantes (4 niños) no tuvieron la oportunidad de demostrar este comportamiento volicional, debido a ello se les otorgo el puntaje no aplicable, mientras que el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo el puntaje de grado de expresión volicional dudoso y el otro 17% (1 niño) obtuvo el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.2.13



Gráfico 6.2.13: En el indicador volicional “Realiza una actividad hasta completarla” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.2.14

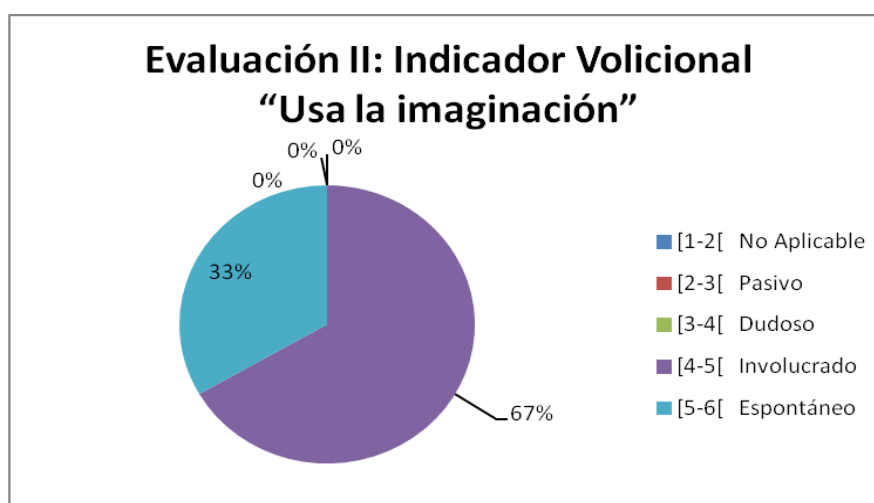
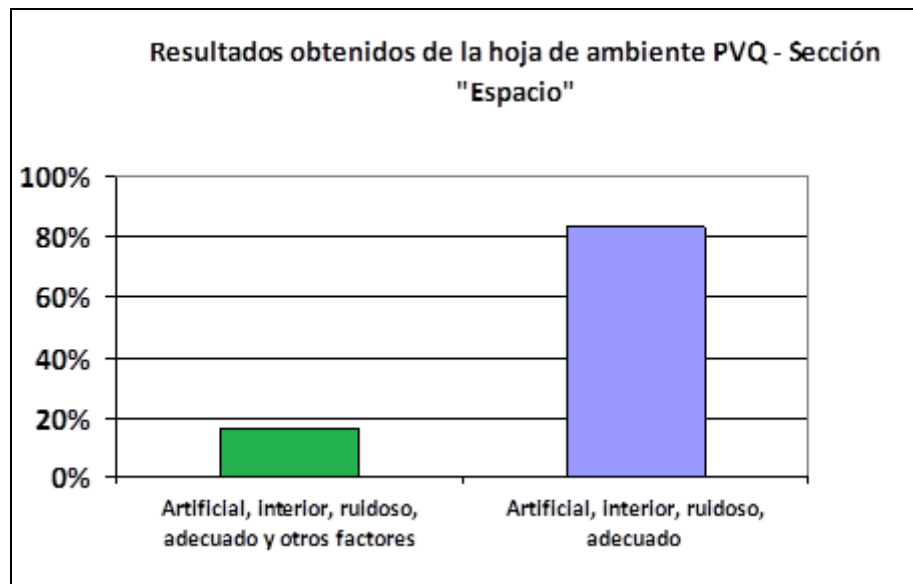


Gráfico 6.2.14: En el indicador volicional “Usa la imaginación” el 67% de los participantes (4 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional involucrado, mientras que el otro 33% de participantes (2 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

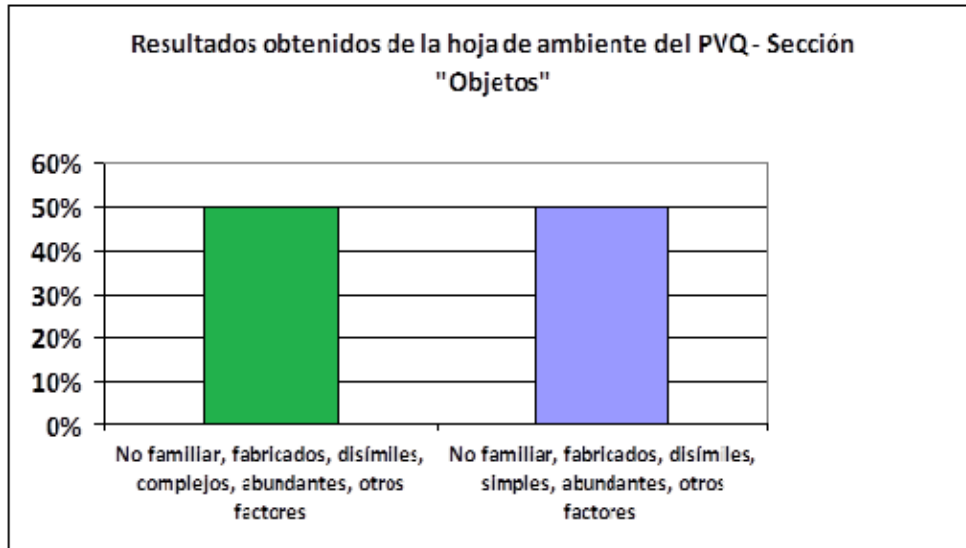
Cabe resaltar que los resultados registrados en la Evaluación II, se dieron en las siguientes condiciones ambientales, tal como fue registrado en la Hoja de Ambiente del PVQ:

Gráfica 6.2.15



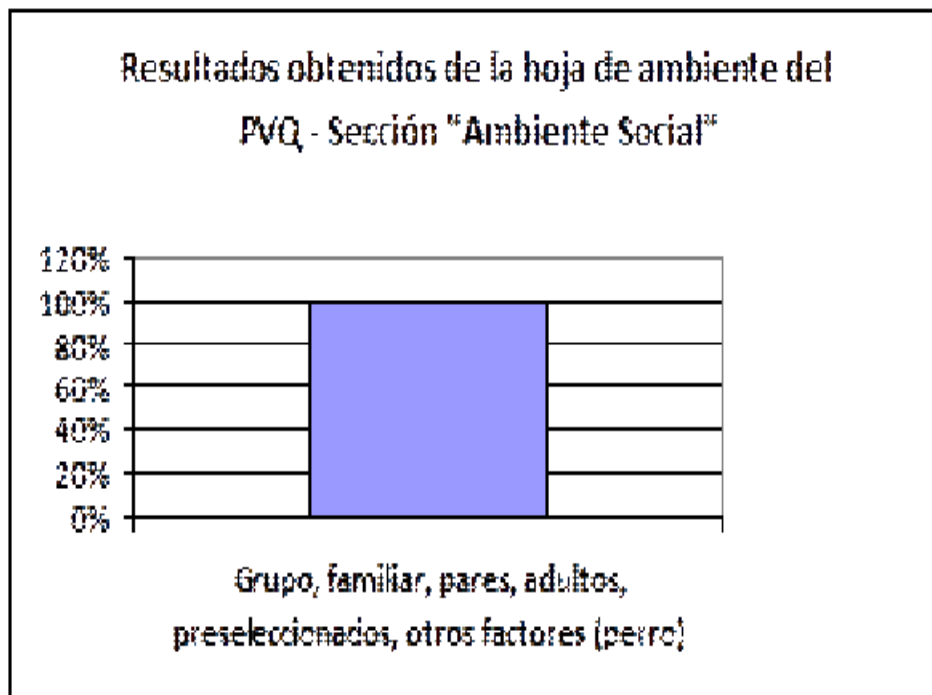
Gráfica 6.2.15: La gráfica refiere que las características ambientales para la sección "Espacio" para el 83% de los participantes (5 niños) fueron: artificial, interior (espacio cerrado con luz artificial), ruidoso (presencia de ruidos externos), adecuado (de tamaño adecuado para el desarrollo de las actividades); mientras que para el otro 17% de los participantes (1 niño) fue artificial, interior, ruidoso, adecuado y otros factores (distribución de áreas que restringían en cierta medida la participación del participante como zona de intervención terapéutica y zona de registro de material visual -zona de filmado-).

Gráfica 6.2.16



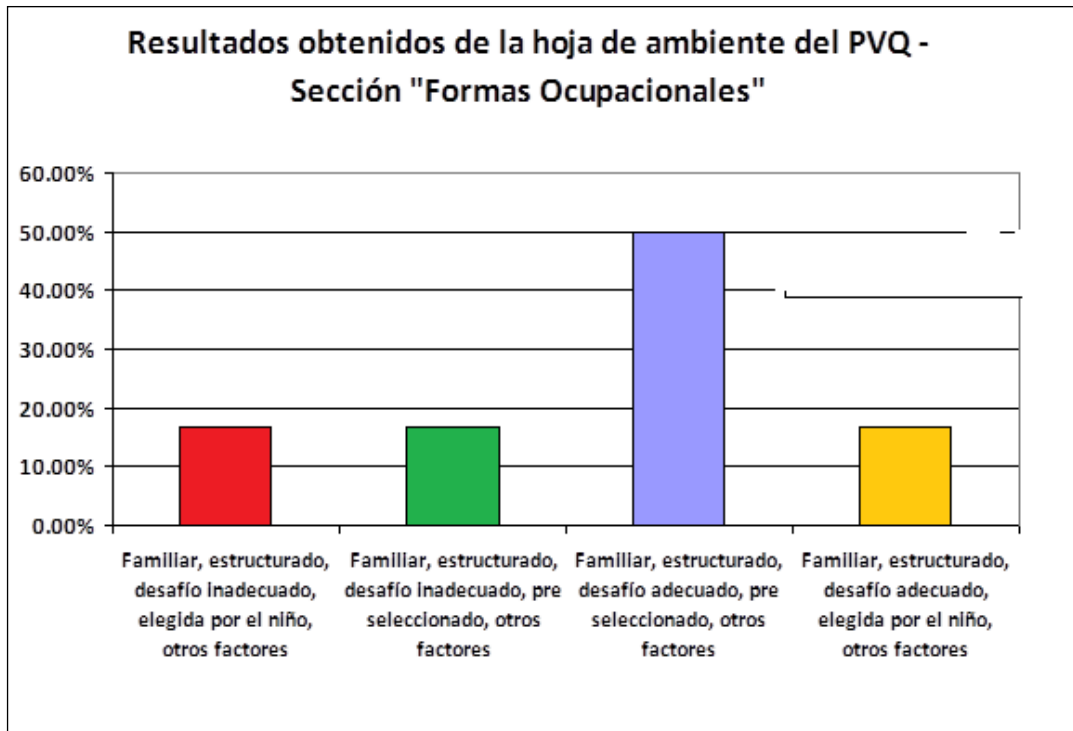
Gráfica 6.2.16: La gráfica refiere que las características ambientales para la sección “Objetos” para el 50% de los participantes (3 niños) fue no familiar (desconocido para los niños), fabricados (como plastilina, rodillos, entre otros), disímiles (de diferentes características), complejos (demandaba un comportamiento más especializado en el niño), abundantes (el número de objetos era copioso) y otros factores (por ser objetos fabricados especialmente para el trabajo con TAP influenciaba de manera positiva en la volición de los niños); mientras que para el otro 50% de los participantes (3 niños) fue no fabricados, disímiles, simples (demandaba en el niño un comportamiento no especializado), abundantes y otros factores.

Gráfica 6.2.17



Gráfica 6.2.17: La gráfica refiere que las características ambientales para la sección "Ambiente Social" para el 100% de participantes (6 niños) fueron: en grupo, pares, adultos (dos niños, terapeuta y técnico en TAP), familiar (las personas que estuvieron presentes eran conocidas para los participantes), preseleccionado (el grupo de personas que participó fue asignado por la terapeuta), además de ello se consideró la presencia de otros factores como es la presencia del Perro de Terapia.

Gráfica 6.2.18



Gráfica 6.2.18: La gráfica refiere que las características ambientales para la sección “Formas Ocupacionales” para el 17% (1 niño) fueron: familiar (fue una actividad conocida por el niño), estructurado (la secuencia de la actividad ya estaba preestablecida), desafío inadecuado (demandaba un comportamiento complejo para el niño), elegida por el niño (los participantes tuvieron la oportunidad de elegir la actividad que se realizaría) y otros factores como lo fue la participación activa del Perro de Terapia; mientras que para el otro 17% de participantes (1 niño) fue familiar, estructurado, desafío inadecuado, preseleccionado (escogida por la terapeuta) y otros factores; para el otro 50% (3 niños) fue familiar, estructurado, desafío adecuado (demandaba un comportamiento sencillo en el niño), preseleccionada y otros factores y finalmente para el otro 17% (1 niño) fue familiar, estructurado, desafío adecuado, elegida por el niño y otros factores.

6.3 Resultados de la III Evaluación

Gráfico 6.3.1

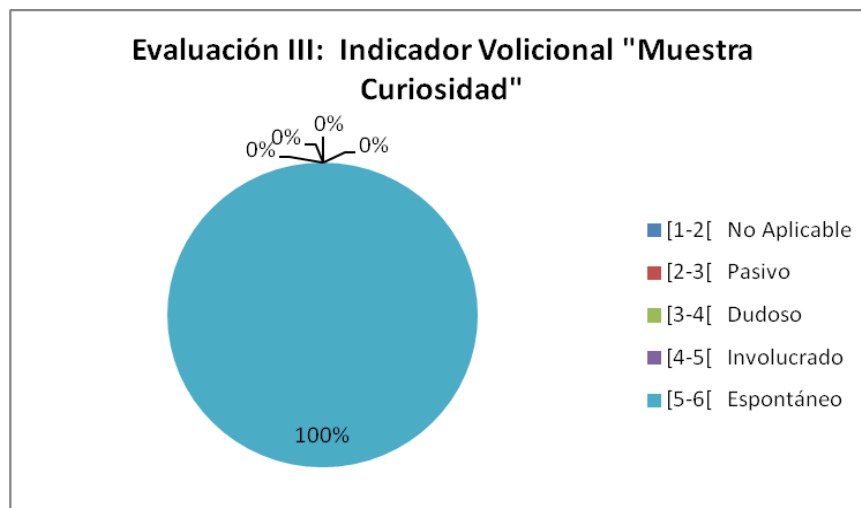


Gráfico N° 1: En el indicador volicional "Muestra Curiosidad" el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.3.2:

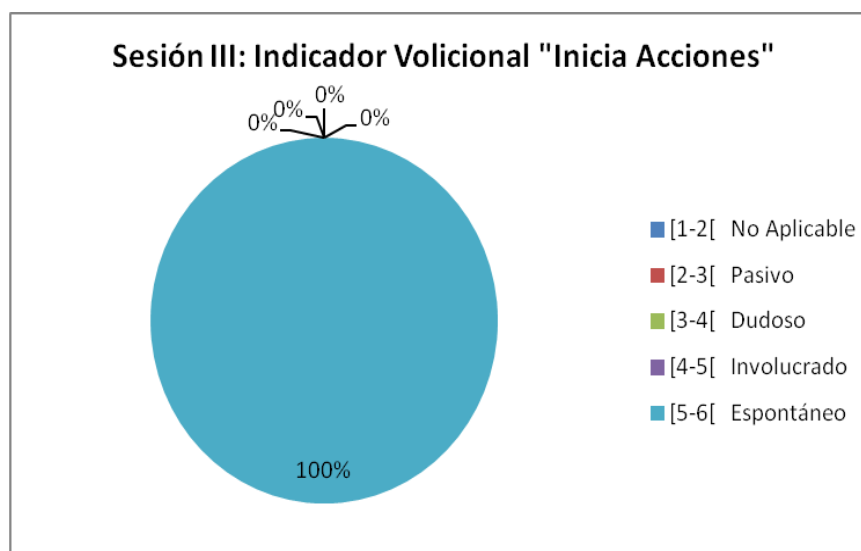


Gráfico 6.3.2: En el indicador volicional "Inicia acciones" el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.3.3

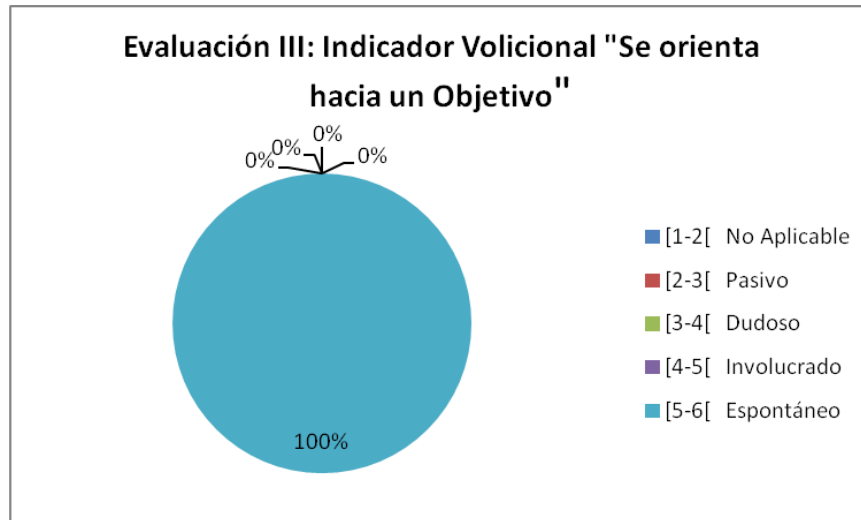


Gráfico 6.3.3: En el indicador volicional “Se orienta hacia un objetivo” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.3. 4

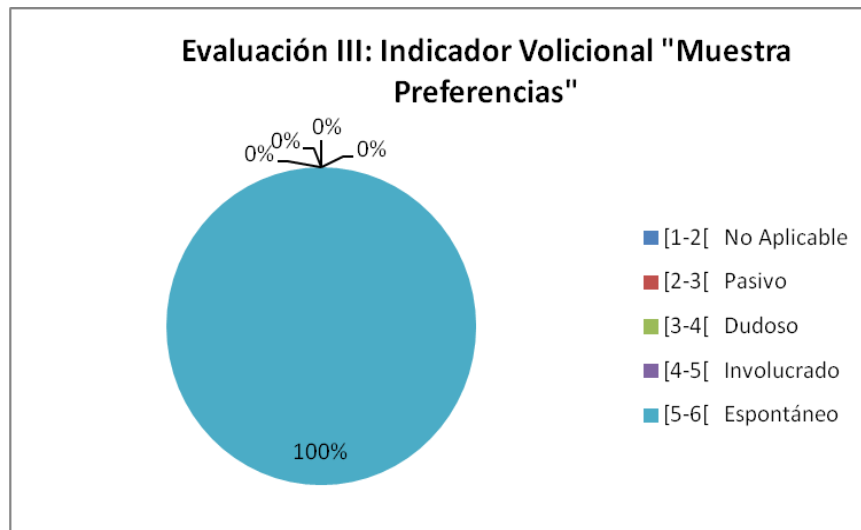


Gráfico 6.3.4: En el indicador volicional “Muestra preferencias” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.3.5

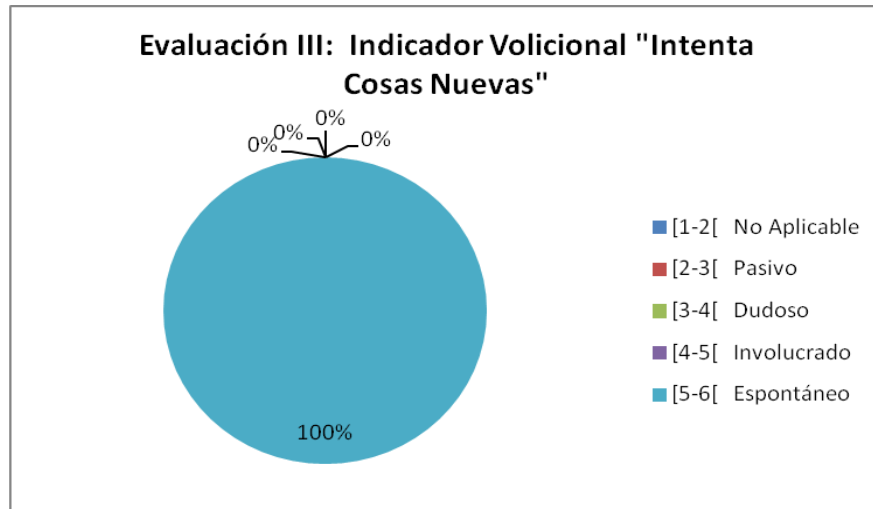


Gráfico 6.3.5: En el indicador volicional "Intenta cosas nuevas" el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.3.6

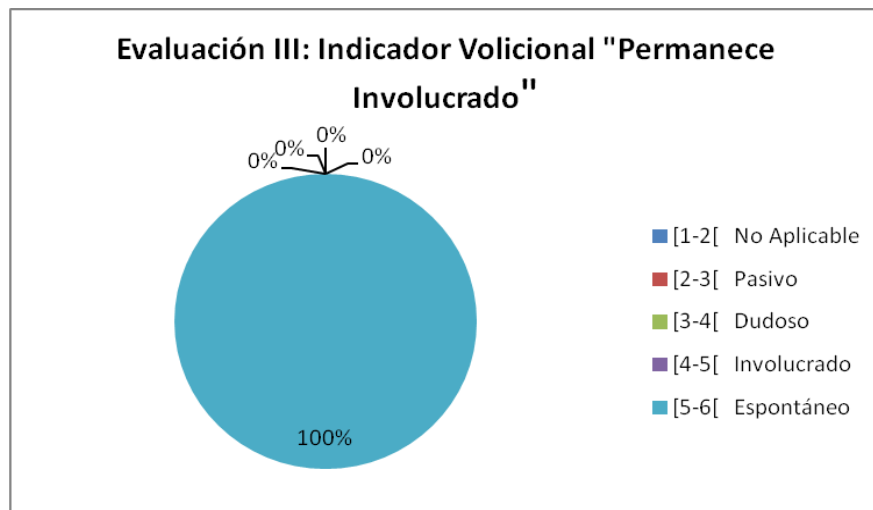


Gráfico 6.3. 6: En el indicador volicional "Permanece involucrado" el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.3.7

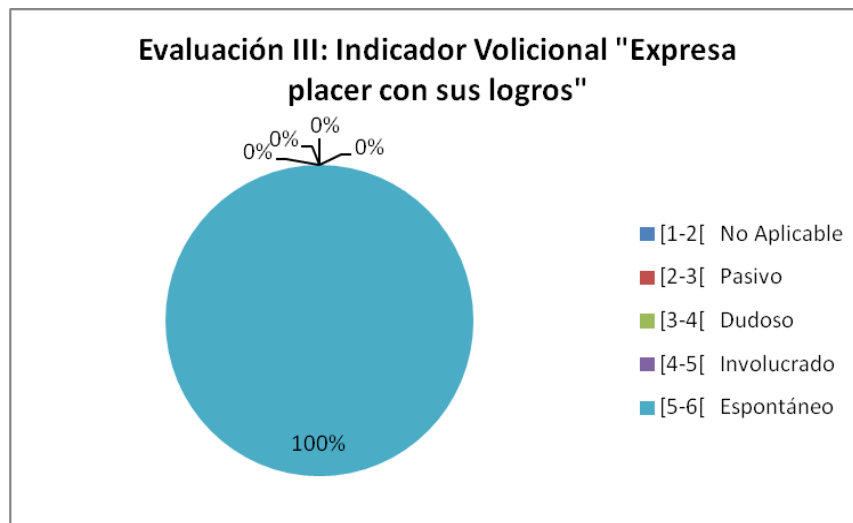


Gráfico 6.3.7: En el indicador volicional “Expresa placer con sus logros” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.3.8

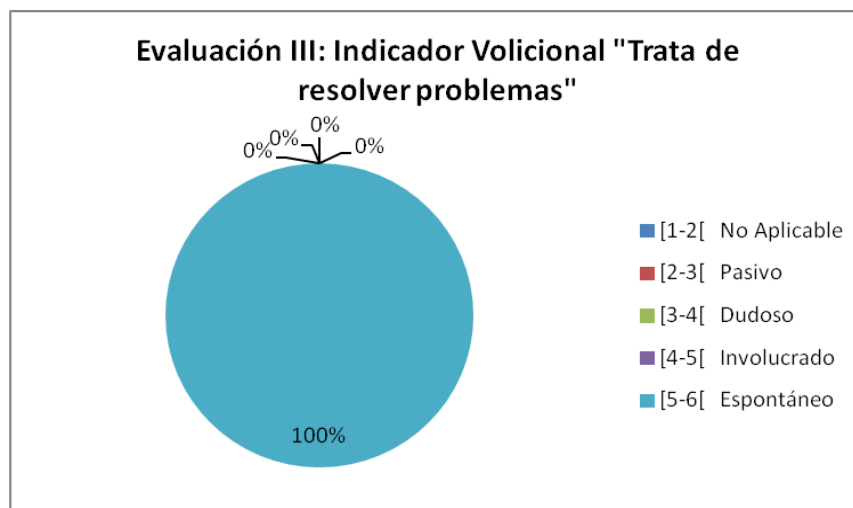


Gráfico 6.3.8: En el indicador volicional “Trata de resolver problemas” el 100 % de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.3.9

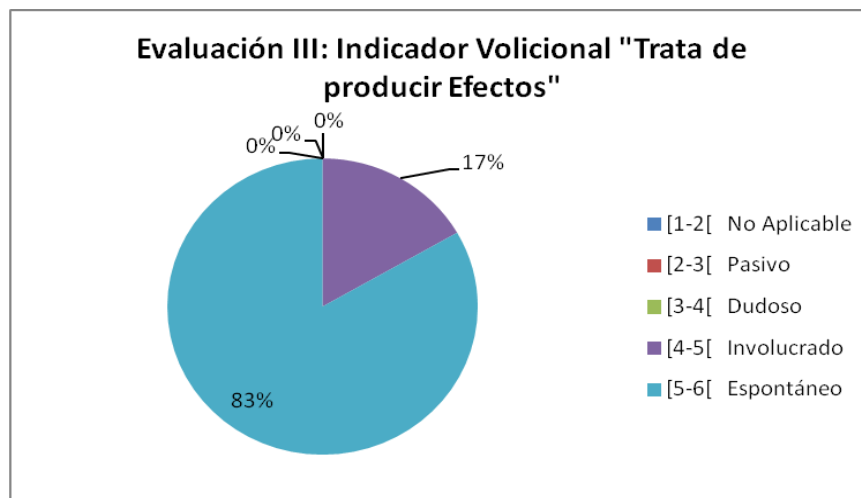


Gráfico 6.3.9: En el indicador volicional “Trata de producir efectos” el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional involucrado, mientras que el otro 83% de participantes (5 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.3.10

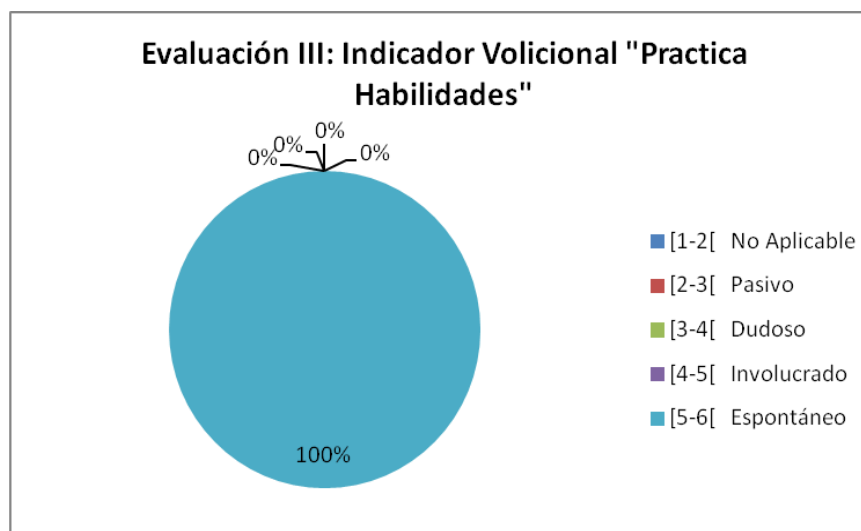


Gráfico 6.3.10: En el indicador volicional “Practica habilidades” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.3.11

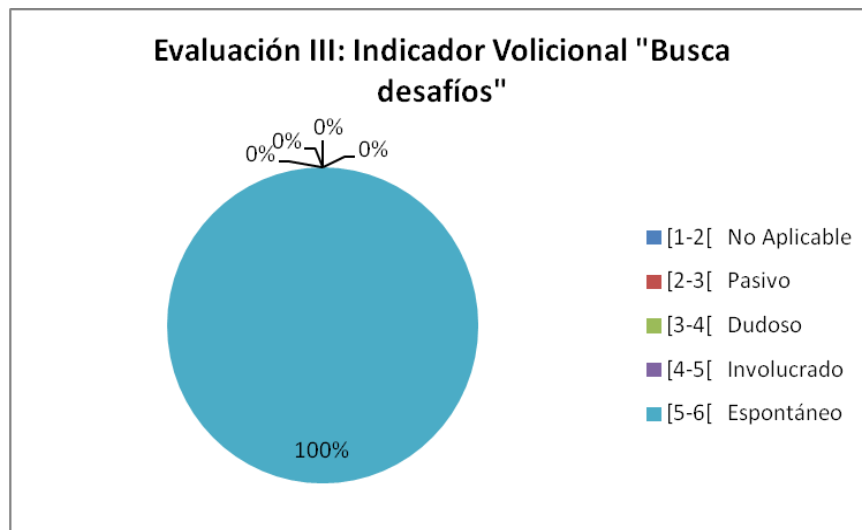


Gráfico 6.3.11: En el indicador volicional “Busca desafíos” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.3.12

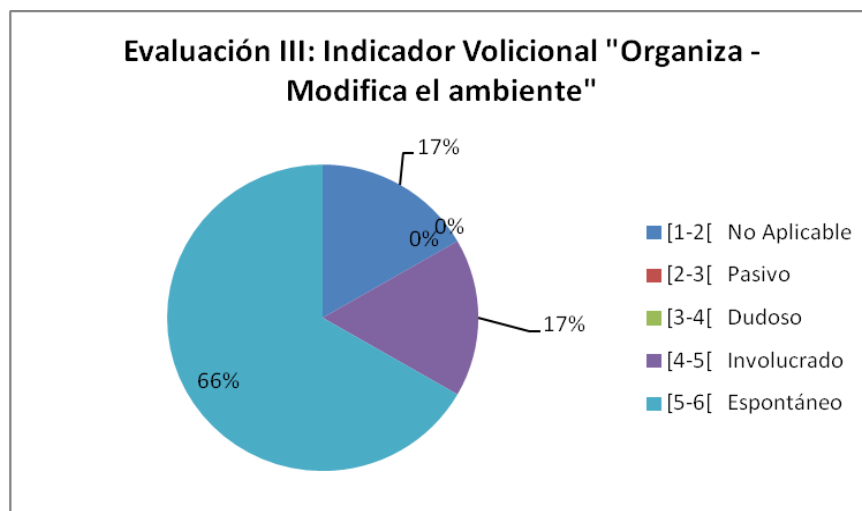


Gráfico 6.3.12: En el indicador volicional “Organiza y modifica el ambiente” el 17% de los participantes (1 niño) no tuvo la oportunidad de demostrar este comportamiento volicional, debido a ello se les otorgo el puntaje no aplicable, mientras que el 17% de los participantes (1 niño) obtuvo el puntaje de grado de expresión

volicional involucrado y el otro 66% (4 niños) obtuvieron el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.3.13

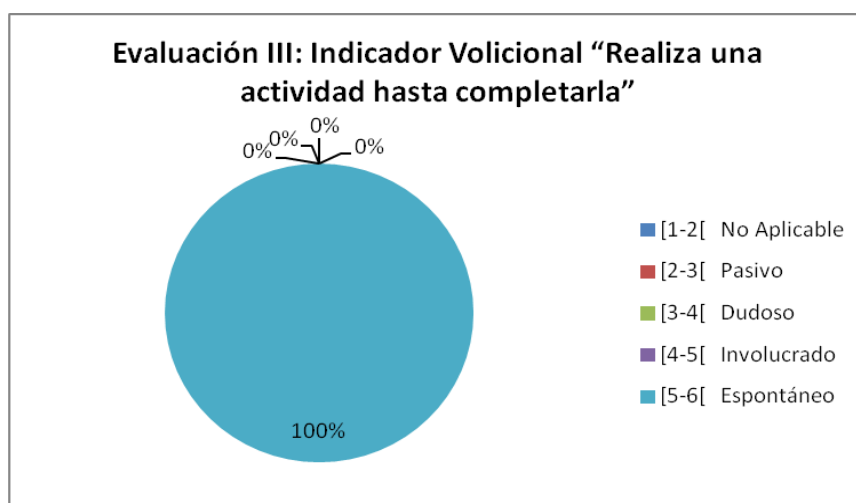


Gráfico 6.3.13: En el indicador volicional “Realiza una actividad hasta completarla” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

Gráfico 6.3.14

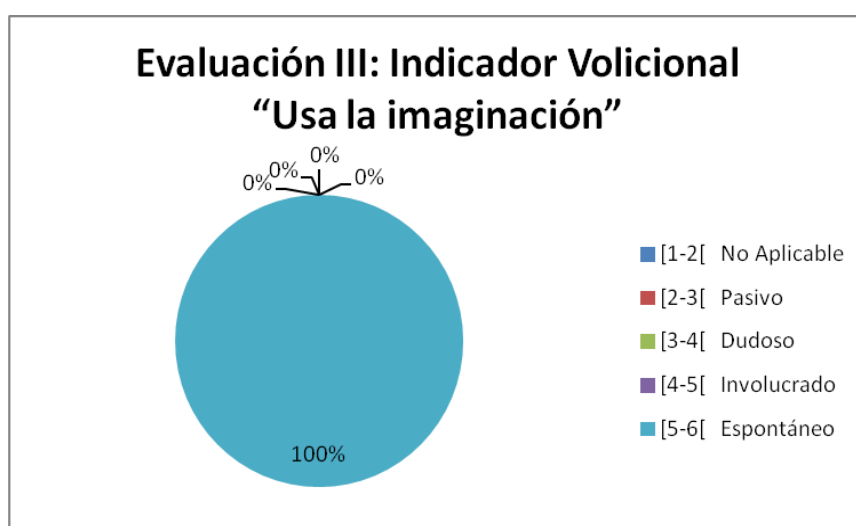
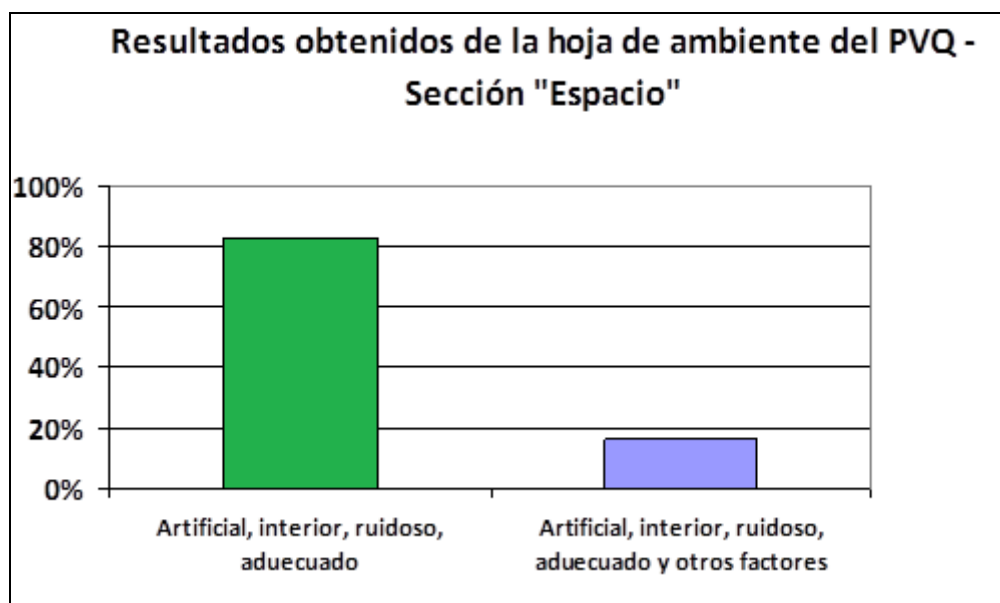


Gráfico 6.3. 14: En el indicador volicional “Usa la imaginación” el 100% de los participantes (6 niños) obtuvieron en este ítem el puntaje de grado de expresión volicional espontáneo.

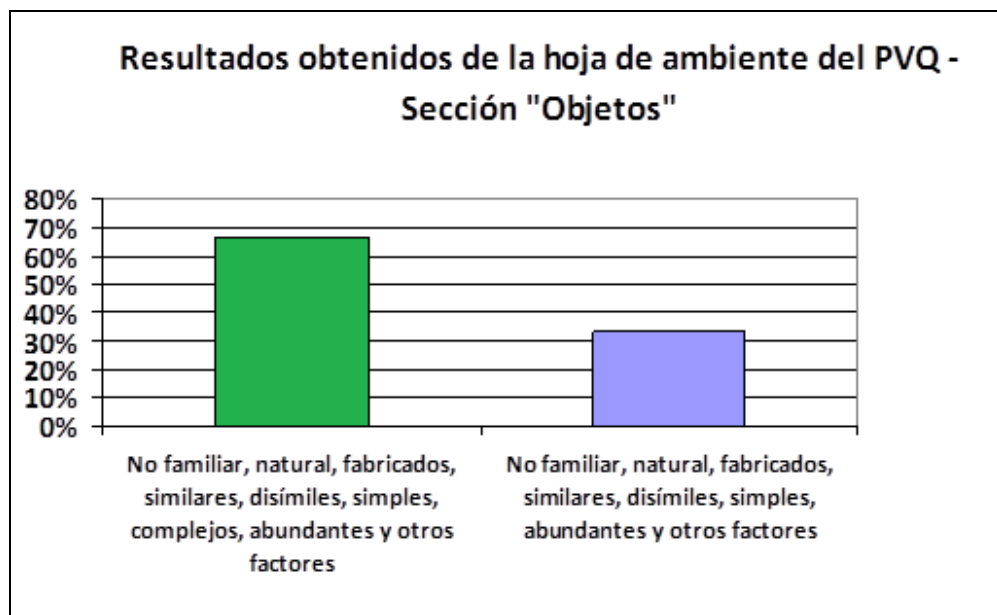
Cabe resaltar que los resultados registrados en la Evaluación III, se dieron en las siguientes condiciones ambientales, tal como fue registrado en la Hoja de Ambiente del PVQ:

Gráfica 6.3.15



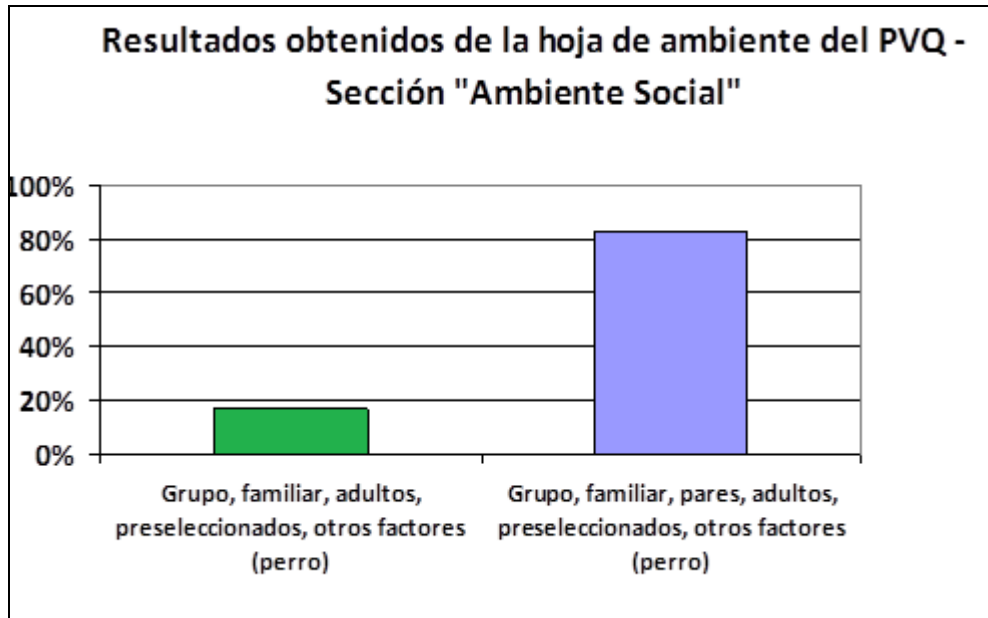
Gráfica 6.3.15: La gráfica refiere que las características ambientales para la sección "Espacio" para el 83% de los participantes (5 niños) fueron: artificial, interior (espacio cerrado y luz artificial), ruidoso (con filtración de ruidos externos) y de tamaño adecuado; mientras que para el otro 17% de los participantes (1 niño) fue: artificial, interior, ruidoso, adecuado y otros factores (influencia de distribución de áreas -de terapia versus de registro audiovisual-).

Gráfica 6.3.16



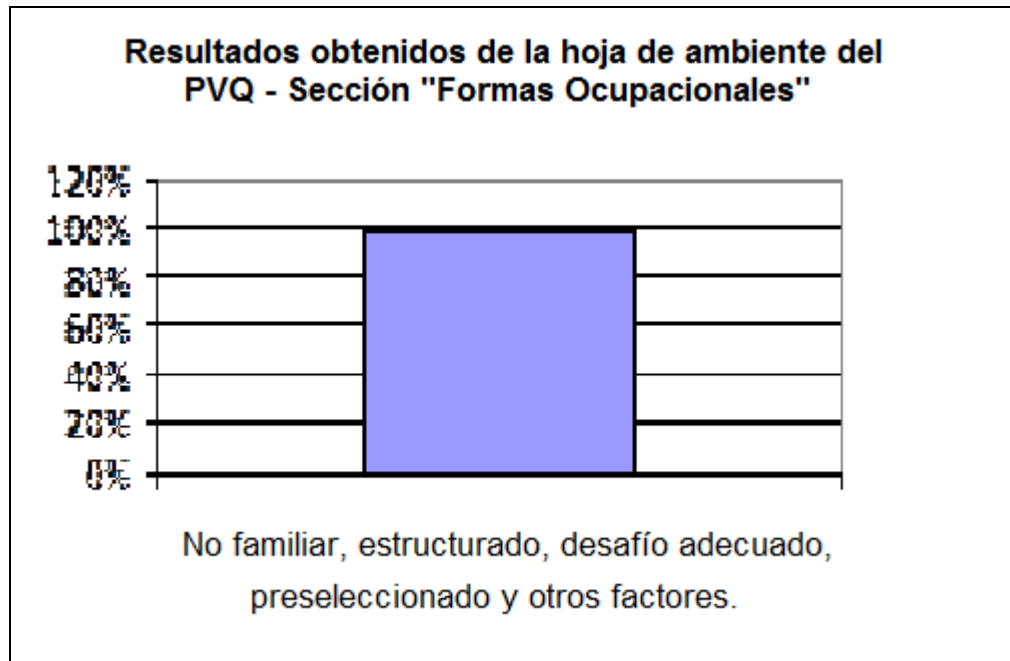
Gráfica 6.3.16: La gráfica refiere que las características ambientales para la sección “Objetos” para el 67% de los participantes (4 niños) fue: no familiar (los objetos fueron novedosos para los niños), natural (como alimentos), fabricados (platos, cuchara, entre otros), similares (objetos con características similares), disímiles (otros objetos con diferentes características), simples (demandaba en el niño un comportamiento no especializado), complejos (otros objetos demandaban en los participantes un comportamiento especializado), abundantes (el número de objetos era copioso) y otros factores (número de equipos de registro audiovisual) ; mientras que para el otro 33% de los participantes (2 niños) fueron: no familiar, natural, fabricados, similares, disímiles, simples abundantes y otros factores.

Gráfica 6.3.17



Gráfica 6.3.17: La gráfica refiere que las características ambientales para la sección “Ambiente Social” para el 17% de los participantes (1 niño) fueron: grupo, adultos (1 niño, terapeuta y técnico en TAP), familiar (las personas que estuvieron presentes eran conocidas para los participantes), preseleccionado (el grupo de personas que participó fue asignado por terapeuta), además de ello se consideró la presencia de otros factores como es la presencia del Perro de Terapia; mientras que para el otro 83% de los participantes (5 niños) fue: grupo, pares y adultos (dos niños, terapeuta y técnico en TAP), preseleccionado y otros factores.

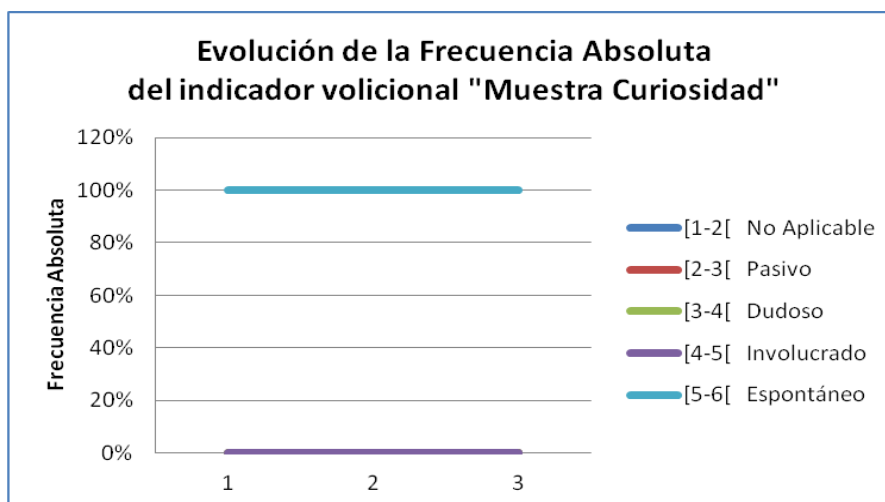
Gráfica 6.3.18



Gráfica 6.3.18: La gráfica refiere que las características ambientales para la sección “Formas Ocupacionales” para el 100% de los participantes (6 niños) fueron: no familiar (actividad nueva para los participantes), estructurado (la secuencia de la actividad ya estaba preestablecida), desafío adecuado (demandaba en el niño un comportamiento sencillo), preseleccionado (escogida por la terapeuta) y otros factores como lo fue la participación activa del Perro de Terapia.

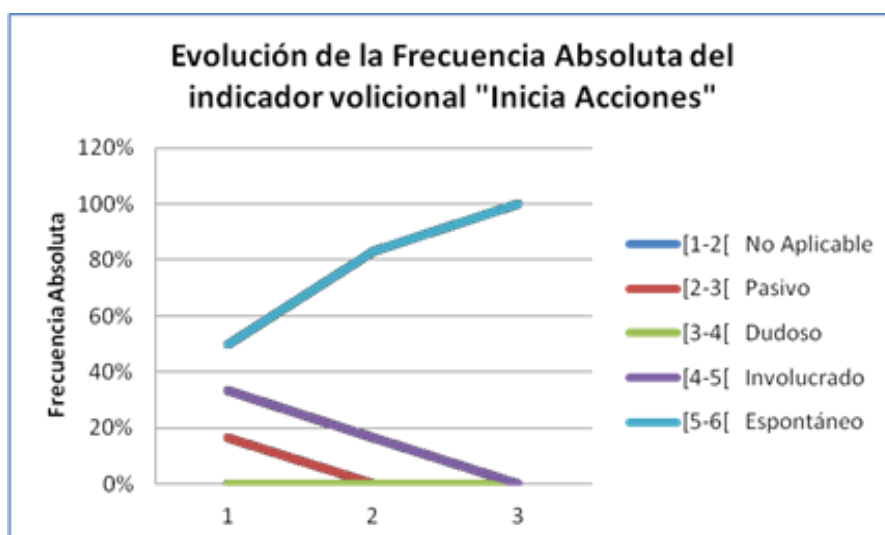
6.4 Resultados Comparativos de las tres Sesiones de Evaluación

Gráfica 6.4.1



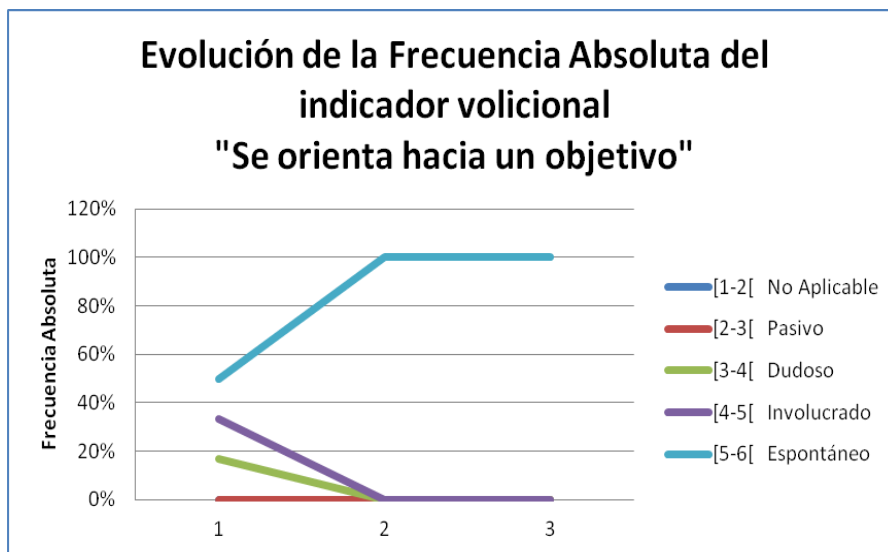
Gráfica 6.4.1: En el indicador volicional “Muestra Curiosidad”, el total de participantes (6 niños) expresó su volición en grado espontáneo desde el principio y lo mantuvo hasta la evaluación final.

Gráfica 6.4.2



Gráfica 6.4.2: En el indicador volicional “Inicia Acciones”, en la primera sesión el 50% de participantes (3 niños) expresó su volición en grado espontáneo, el 33% (2 niños) en grado involucrado y el 17% (1 niño) en grado pasivo; para la evaluación final el 100% de los participantes (6 niños) expresó su volición en grado espontáneo.

Gráfica 6.4.3



Gráfica 6.4.3: En el indicador volicional “Se Orienta hacia un Objetivo”, en la primera sesión el 50% de participantes (3 niños) expresó su volición en grado espontáneo, el 33% (2 niños) en grado involucrado y el 17% (1 niño) en grado pasivo; para la evaluación final el 100% de los participantes (6 niños) expresó su volición en grado espontáneo.

Gráfica 6.4.4

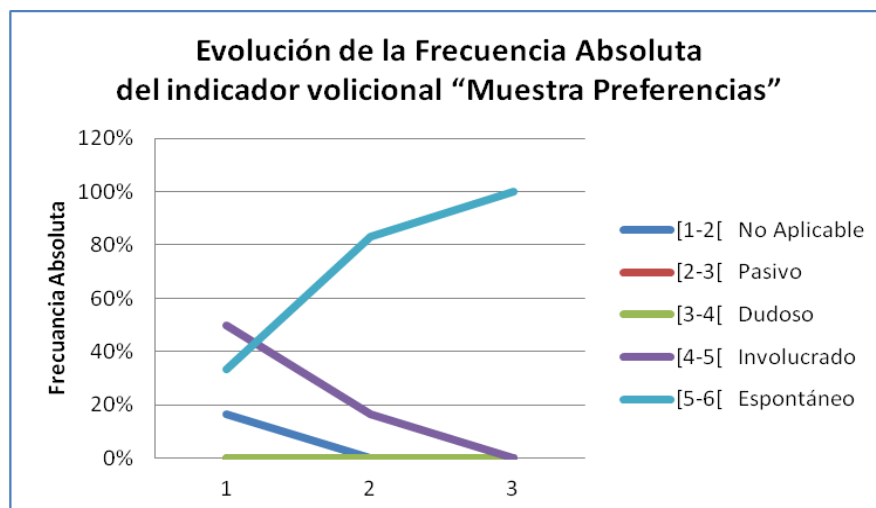
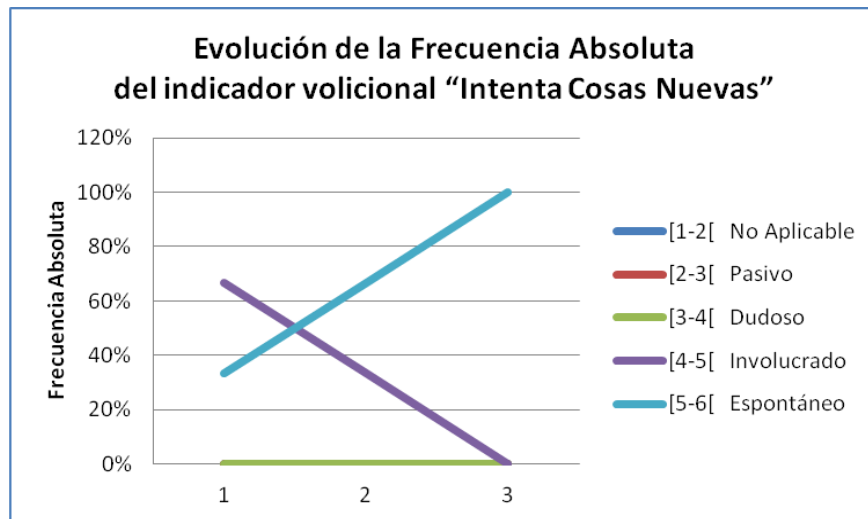


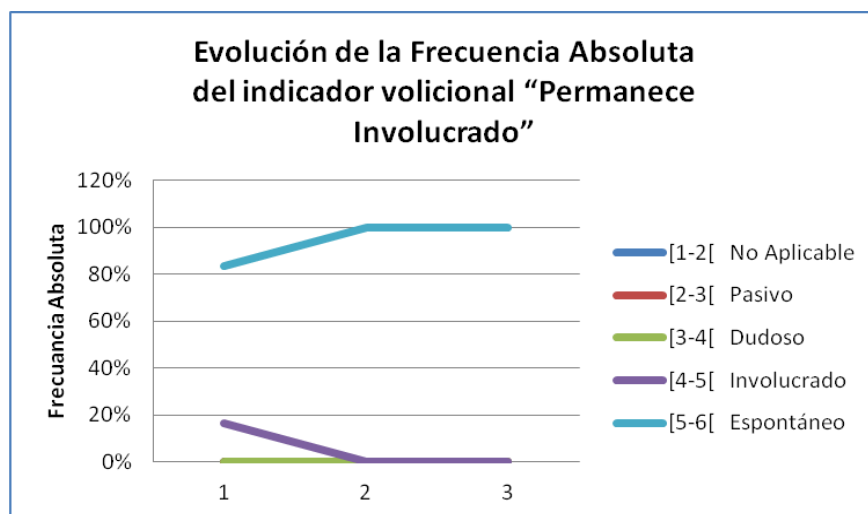
Gráfico 6.4.4: En el indicador volicional “Muestra Preferencias”, en la primera sesión el 33% de participantes (2 niños) expresó su volición en grado espontáneo, el 50% (3 niños) en grado involucrado y para el 17% de participantes (1 niño) este criterio no pudo ser aplicable; en la evaluación final el 100% de los participantes (6 niños) expresó su volición en grado espontáneo.

Gráfica 6.4.5



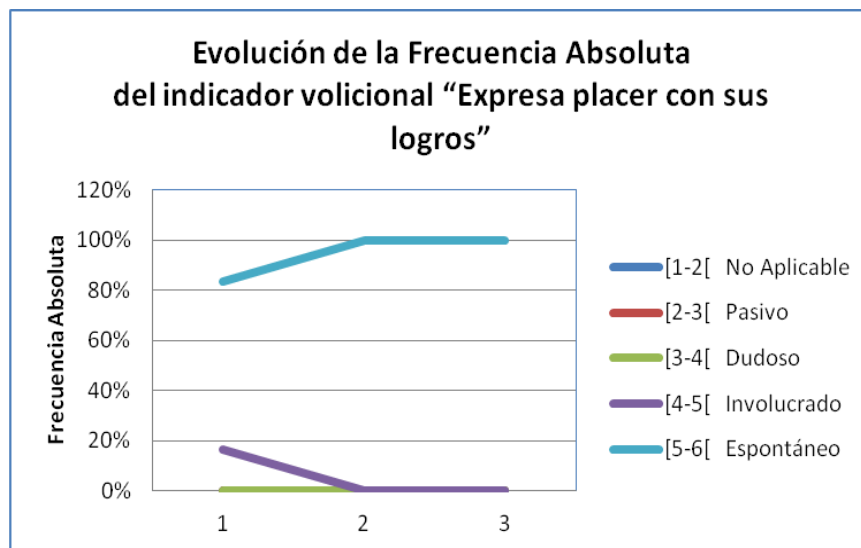
Gráfica 6.4.5: En el indicador volicional “Intenta Cosas Nuevas”, en la primera sesión el 67% de participantes (4 niños) expresó su volición en grado involucrado y el 33% (2 niños) en grado espontáneo; en la evaluación final el 100% de los participantes (6 niños) expresó su volición en grado espontáneo.

Gráfica 6.4.6



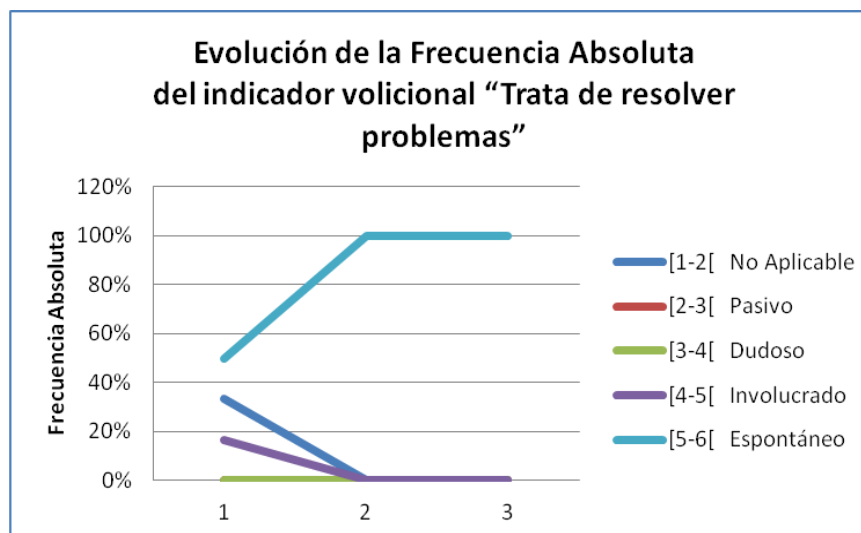
Gráfica 6.4.6: En el indicador volicional “Permanece Involucrado”, en la primera sesión el 83% de participantes (5 niños) expresó su volición en grado espontáneo y el 17% (1 niño) en grado involucrado; en la evaluación final el 100% de los participantes (6 niños) expresó su volición en grado espontáneo.

Gráfica 6.4.7



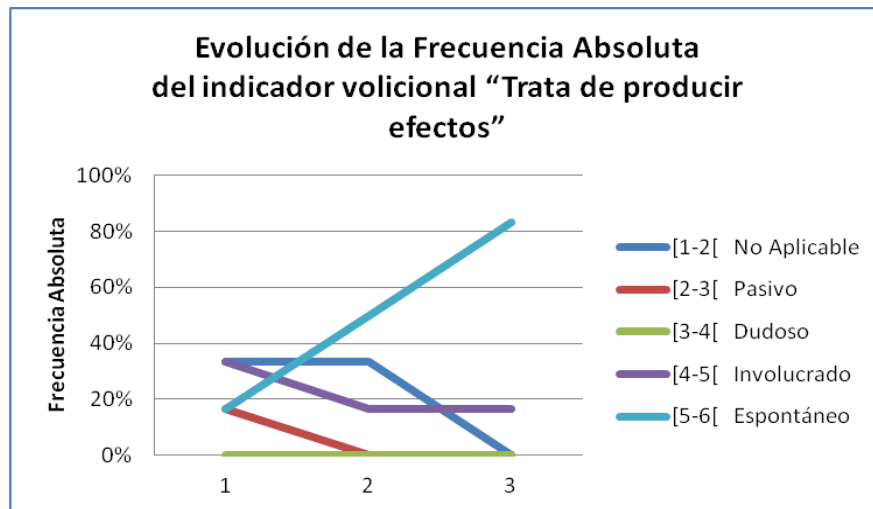
Gráfica 6.4.7: En el indicador volicional “Expresa Placer con sus Logros”, en la primera sesión el 83% de participantes (5 niños) expresó su volición en grado espontáneo y el 17% (1 niño) en grado involucrado; en la evaluación final el 100% de los participantes (6 niños) expresó su volición en grado espontáneo.

Gráfica 6.4.8



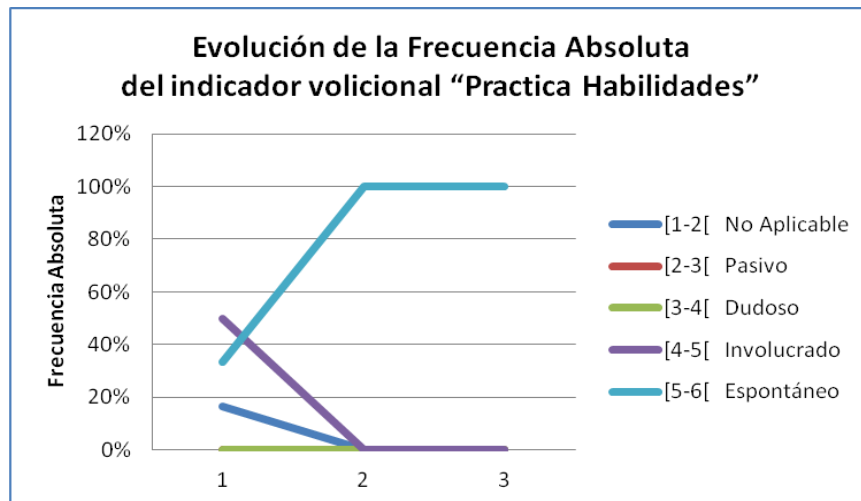
Gráfica 6.4.8: En el indicador volicional “Trata de Resolver Problemas”, en la primera sesión el 50% de participantes (3 niños) expresó su volición en grado espontáneo, el 17% (1 niño) en grado involucrado y para el 33% de los participantes (2 niños) este criterio no pudo ser aplicable; en la evaluación final el 100% de los participantes (6 niños) expresó su volición en grado espontáneo.

Gráfico 6.4.9



Gráfica 6.4.9: En el indicador volicional “Trata de Producir Efectos”, en la primera sesión el 17% de participantes (1 niño) expresó su volición en grado espontáneo, el 33% (2 niños) en grado involucrado, el 17% (1 niño) en grado pasivo y para el 33% de los participantes (2 niños) este criterio no pudo ser aplicable; en la evaluación final el 83% de los participantes (5 niños) expresó su volición en grado espontáneo mientras que el 17% (1 niño) lo expresó en grado involucrado.

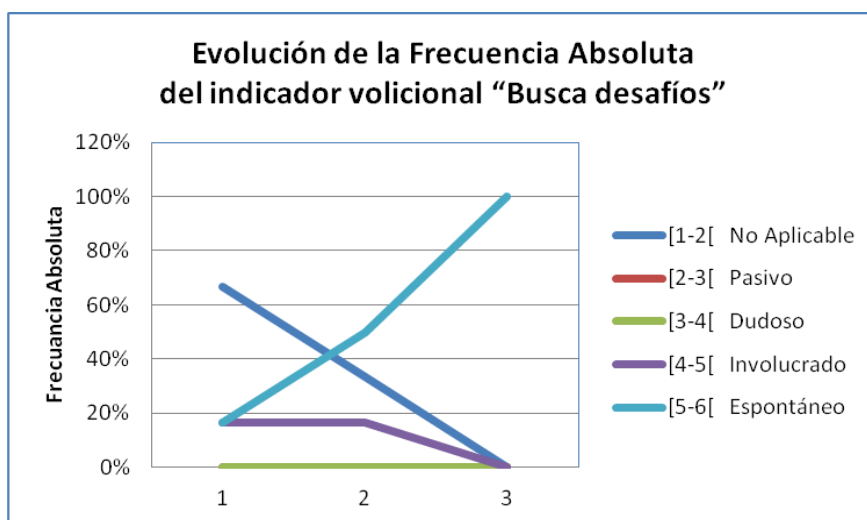
Gráfica 6.4.10



Gráfica 6.4.10: En el indicador volicional “Practica Habilidades”, en la primera sesión el 33% de participantes (2 niños) expresó su volición en grado espontáneo, el 50% (3 niños) en grado involucrado y para el 17% de los participantes (1 niño) este criterio no pudo ser aplicable; en la evaluación final el 100% de

los participantes (6 niños) expresó su volición en grado espontáneo.

Gráfica 6.4.11



Gráfica 6.4.11: En el indicador volicional "Busca Desafíos", en la primera sesión el 17% de niños expresó su volición en grado espontáneo, el 17% en grado involucrado y para el 67% de niños este criterio no pudo ser aplicable; en la evaluación final el 100% de los participantes expresó su volición en grado espontáneo.

Gráfica 6.4.12

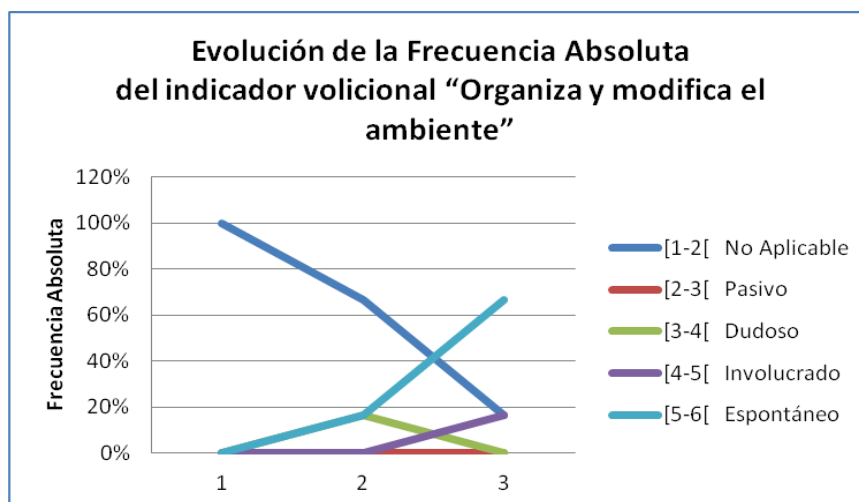


Gráfico 6.4.12: En el indicador volicional "Organiza y Modifica el Ambiente", en la primera sesión este criterio no fue aplicable en el total de niños; en la evaluación final el 67% de los participantes (4 niños) expresó su volición en grado espontáneo, mientras que el 17% (1 niño) lo expresó en grado involucrado y para el otro 17% (1 niño) este criterio no pudo ser aplicable.

Gráfica 6.4.13

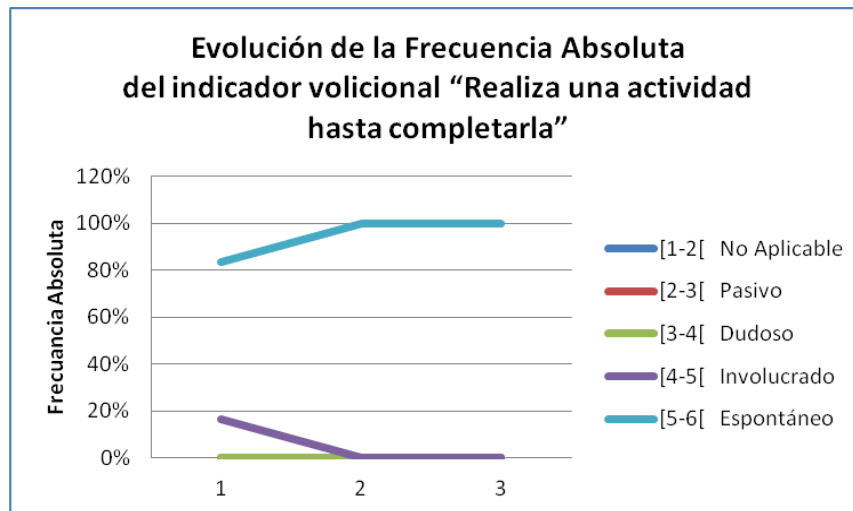
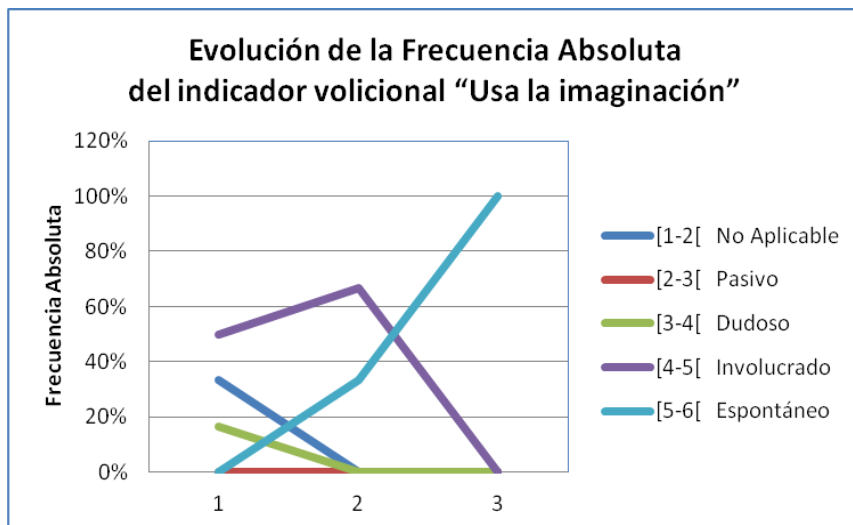


Gráfico 6.4.13: En el indicador volicional “Realiza una Actividad hasta Completarla”, en la primera sesión el 83% de participantes (5 niños) expresó su volición en grado espontáneo y el 17% (1 niño) en grado involucrado; en la evaluación final el 100% de los participantes (6 niños) expresó su volición en grado espontáneo.

Gráfica 6.4.14



Gráfica 6.4.14: En el indicador volicional “Usa la Imaginación”, en la primera sesión el 50% de participantes (3 niños) expresó su volición en grado involucrado, el 17% (1 niño) en grado dudoso y para el 33% de participantes (2 niños) este criterio no pudo ser aplicable; en la evaluación final el 100% de los participantes (6 niños) expresó su volición en grado espontáneo.

6.5 Análisis de Resultados

- Tabla 6.5.1

TABLA COMPARATIVA DE RESULTADOS DE LAS TRES SESIONES DE EVALUACIÓN															
Indicador Volicional	Evaluación I					Evaluación II					Evaluación III				
	Grado de expresión de la volición					Grado de expresión de la volición					Grado de expresión de la volición				
	E %	I%	D%	P%	NA%	E%	I%	D%	P%	NA%	E%	I%	D%	P%	NA%
1) Muestra Curiosidad	100					100					100				
2) Inicia Acciones	50	33		17		83	17				100				
3) Se Orienta hacia un Objetivo	50	33	17			100					100				
4) Muestra Preferencias	33	50			17	83	17				100				
5) Intenta Cosas Nuevas	33	67				67	33				100				
6) Permanece Involucrado	83	17				100					100				
7) Expresa Placer con sus Logros	83	17				100					100				
8) Trata de Resolver Problemas	50	17			33	100					100				
9) Trata de Producir Efectos	17	33		17	33	50	17			33	83	17			
10) Practica Habilidades	33	50			17	100					100				
11) Busca Desafíos	17	17			67	50	17			33	100				
12) Organiza / Modifica el Ambiente					100	17		17		67	66	17			17
13) Realiza una Activ.hasta Compl.	83	17				100					100				
14) Usa la Imaginación		50	17		33	33	67				100				

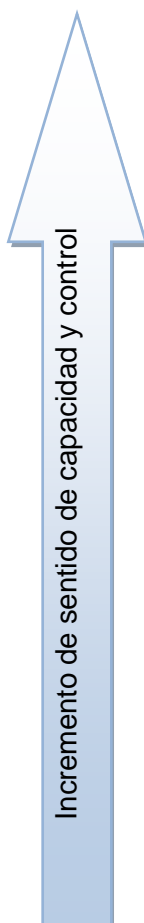
La Tabla 6.5.1, resume en porcentajes los grados de expresión de volición que la población de estudio fue manifestando a lo largo del estudio, así se evidencia un grado progresivo de la expresión volitiva en los distintos Indicadores volicionales (progresivamente incrementa el porcentaje de la población que logra alcanzar grado volitivo espontaneo) ,

- Tabla 6.5.2 :

TABLA COMPARATIVA DE RESULTADOS DE LA PRIMERA Y ÚLTIMA SESIÓN DE EVALUACIÓN										
Indicador Volicional	Evaluación I					Evaluación III				
	Grado de expresión de la volición					Grado de expresión de la volición				
	E %	I%	D%	P%	NA%	E%	I%	D%	P%	NA%
1) Muestra Curiosidad	100					100				
2) Inicia Acciones	50	33		17		100				
3) Se Orienta hacia un Objetivo	50	33	17			100				
4) Muestra Preferencias	33	50			17	100				
5) Intenta Cosas Nuevas	33	67				100				
6) Permanece Involucrado	83	17				100				
7) Expresa Placer con sus Logros	83	17				100				
8) Trata de Resolver Problemas	50	17			33	100				
9) Trata de Producir Efectos	17	33		17	33	83	17			
10) Practica Habilidades	33	50			17	100				
11) Busca Desafíos	17	17			67	100				
12) Organiza / Modifica el Ambiente					100	66	17			17
13) Realiza una Activ.hasta Compl.	83	17				100				
14) Usa la Imaginación		50	17		33	100				

La Tabla 6.5.2, muestra una comparación de los valores finales obtenidos de los grados de expresión volitiva frente a los iniciales que la población de estudio evidenció, dicha comparación muestra que el porcentaje de población que evidencia grados de expresión volitiva más bajos (pasivo, dudoso, involucrado) ha decreciendo, así el porcentaje de población que muestra grado de expresión volitiva más alto (espontaneo) se incrementa, es decir se evidencia un grado progresivo de la expresión volitiva.

- Tabla 6.5.3:



Incremento de sentido de capacidad y control

Evaluación Final (Evaluación III)						
ETAPA	Indicadores Volitivos	Grado de expresión volitiva				
		E	I	D	P	NA
LOGRO	Realiza una Actividad hasta Completarla	100%				
	Busca Desafíos	100%				
	Organiza / Modifica el Ambiente	66%	17%			17%
	Usa la Imaginación	100%				
COMPETENCIA	Se Orienta hacia un Objetivo	100%				
	Expresa Placer con sus Logros	100%				
	Practica Habilidades	100%				
	Trata de Resolver Problemas	100%				
EXPLORACIÓN	Muestra Curiosidad	100%				
	Inicia Acciones	100%				
	Muestra Preferencias	100%				
	Trata de Producir Efectos	83%	17%			
	Intenta Cosas Nuevas	100%				
	Permanece Involucrado	100%				

La Tabla 6.5.3, siguiendo lo establecido por la Hoja C del cuestionario volitivo pediátrico (utilizada para evaluar la motivación de la población de estudio), muestra que finalizada la investigación, todos los niños incrementaron su sentido de capacidad y control; pues los grados de expresión volitiva de la población de estudio se muestran incrementados tanto en los indicadores correspondientes a la etapa de Exploración, como en la de Competencia, de este modo finalmente el desarrollo volitivo de los participantes supera las dos etapas descritas y alcanza una etapa superior de desarrollo volitivo que viene a ser la etapa de Logro.

- Según el número de sesiones de terapia asistida con el perro incrementaban, se evidenció progresiva expresión de grados de nivel volitivo, con los resultados registrados en los tres momentos de la evaluación (Evaluación I, II y III) se obtiene que en la 1ra evaluación el nivel de volición de los niños manifestaba grado dudoso, posteriormente conforme fueron incrementándose el número de sesiones; en la evaluación 2, en promedio, el nivel de volición de los niños manifestaba grado involucrado y finalmente en la evaluación 3 (concluidas 12 sesiones terapéuticas) en promedio, el nivel de volición de los niños manifestaba grado espontáneo; la siguiente tabla de contingencia analiza la relación:

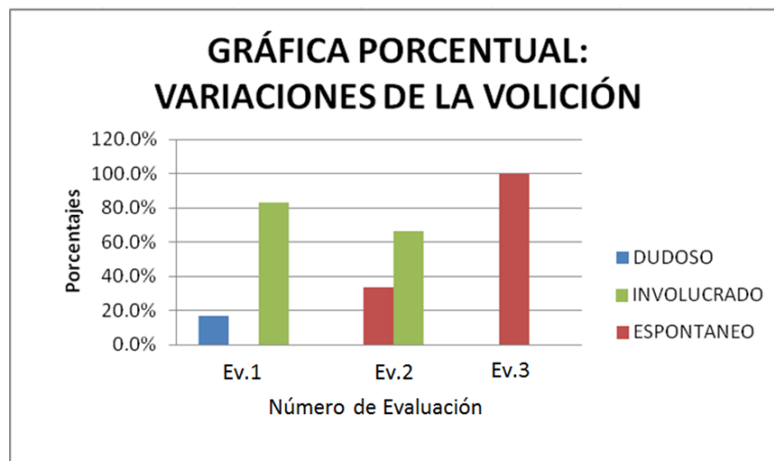
Tabla 6.5.4

Tabla de contingencia Nivel de Volición * Número de Sesiones						
			Número de Sesiones (Ss)			Total
			Sesión I	Sesión II	Sesión III	
Nivel de Volición	Dudoso	Recuento	1	0	0	1
		Frecuencia esperada	,3	,3	,3	1,0
		% dentro de Nivel de Volición	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% dentro de Número de Ss	16,7%	,0%	,0%	5,6%
		% del total	5,6%	,0%	,0%	5,6%
	Involucrado	Recuento	5	4	0	9
		Frecuencia esperada	3,0	3,0	3,0	9,0
		% dentro de Nivel de Volición	55,6%	44,4%	,0%	100,0%
		% dentro de Número de Ss	83,3%	66,7%	,0%	50,0%
		% del total	27,8%	22,2%	,0%	50,0%
	Espontáneo	Recuento	0	2	6	8
		Frecuencia esperada	2,7	2,7	2,7	8,0
		% dentro de Nivel de Volición	,0%	25,0%	75,0%	100,0%
		% dentro de Número de Ss	,0%	33,3%	100,0%	44,4%
		% del total	,0%	11,1%	33,3%	44,4%
	Total	Recuento	6	6	6	18
		Frecuencia esperada	6,0	6,0	6,0	18,0
		% dentro de Nivel de Volición	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
		% dentro de Número de Ss	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%

La Tabla 6.5.4 registra y analiza el Nivel de Volición con respecto al número de sesiones de TAP, donde se encuentra una relación directamente proporcional (a mayor número de sesiones se evidencia mejor grado de expresión volitiva)

En consecuencia, la creciente interacción con el Perro de Terapia propició el grado progresivo de expresión volitiva de los niños en sus sesiones terapéuticas; dicho impacto positivo creciente en la volición, se evidencia en siguiente gráfica Porcentual: Variaciones de la Volición.

Gráfica 6.5.1:



La Gráfica 6.5.1, muestra la variación porcentual de la expresión volitiva de los participantes en relación al número de sesiones transcurridas durante el estudio, es decir durante los tres momentos de evaluación.

Así la Gráfica 6.5.1 evidencia que en promedio en la Sesión I un 17% de la población expresa su volición en grado dudoso, y un 83% en grado involucrado, y 0% en grado espontáneo.

En la Sesión II se observa que en promedio el 0% expresa su volición en grado dudoso, 67% en grado involucrado, y un 33% en grado espontáneo.

En la Sesión III se observa que en promedio el 0% expresa su volición en grado dudoso, el 0% en grado involucrado, y el 100% en grado espontáneo.

- Los resultados obtenidos indican relación entre variables y se muestran a favor de la hipótesis planteada, estos se justifican en la siguiente relación Chi cuadrado aplicado a la investigación:

Tabla 6.5.5

Pruebas de Chi-cuadrado (χ^2)			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,667 ^a	4	,008
Razón de verosimilitudes	18,187	4	,001
Asociación lineal por lineal	11,058	1	,001
N de casos válidos	18		
9 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .33.			

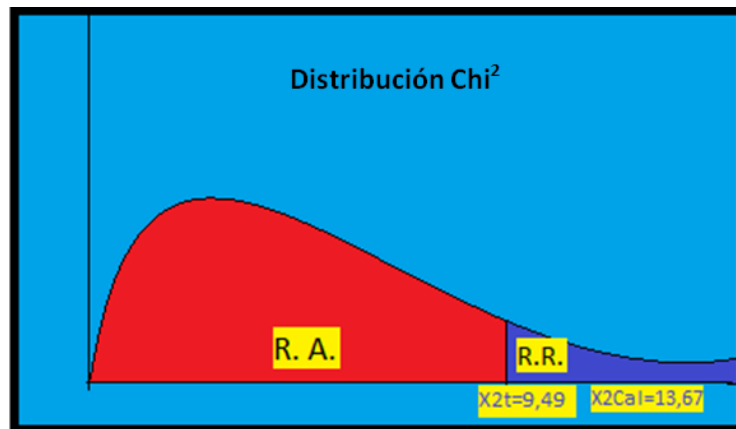
La Tabla 6.5.5, muestra la relación Chi cuadrado aplicado al estudio, donde: El χ^2 -calculado es igual a 13,667 y los Gl (grados de libertad) igual a 4.

Gráfica 6.5.2:

DISTRIBUCION DE χ^2												
Grados de libertad	Probabilidad											
	0,95	0,90	0,80	0,70	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,01	0,001	
1	0,004	0,02	0,06	0,15	0,46	1,07	1,64	2,71	3,84	6,64	10,83	
2	0,10	0,21	0,45	0,71	1,39	2,41	3,22	4,60	5,99	9,21	13,82	
3	0,35	0,58	1,01	1,42	2,37	3,66	4,64	6,25	7,82	11,34	16,27	
4	0,71	1,06	1,65	2,20	3,36	4,88	5,99	7,78	9,49	13,28	18,47	
5	1,14	1,61	2,34	3,00	4,35	6,06	7,29	9,24	11,07	15,09	20,52	
6	1,63	2,20	3,07	3,83	5,35	7,23	8,56	10,64	12,59	16,81	22,46	
7	2,17	2,83	3,82	4,67	6,35	8,38	9,80	12,02	14,07	18,48	24,32	
8	2,73	3,49	4,59	5,53	7,34	9,52	11,03	13,36	15,51	20,09	26,12	
9	3,32	4,17	5,38	6,39	8,34	10,66	12,24	14,68	16,92	21,67	27,88	
10	3,94	4,86	6,18	7,27	9,34	11,78	13,44	15,99	18,31	23,21	29,59	
	No significativo								Significativo			

La gráfica 6.5.2, muestra los valores críticos para la distribución χ^2 , trabajando con un nivel de significancia de 0,05, nos permite ubicar el valor del χ^2 tabla, que es igual a 9.49.

Gráfica 6.5.3:

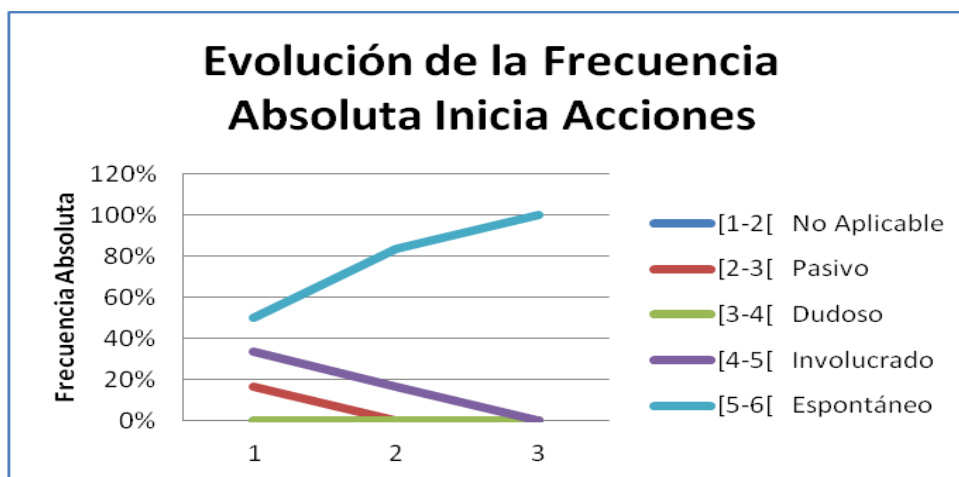


La gráfica 6.5.3, muestra que el χ^2 -calculado (13,67), resulta mayor que el χ^2 -tabla (9,49).

Así, el impacto positivo en la volición de los niños participantes relacionado a la participación del can dentro de las sesiones terapéuticas (es decir terapia asistida con perro), se justifica en la relación χ^2 aplicado al estudio: Donde, trabajando con un nivel de confianza al 95% (con $\alpha = 0,05$); se observa que el χ^2 -calculado (13,67) ,resulta mayor que el χ^2 -tabla (9,49); debido a que el Chi Calculado se encuentra dentro de la región de rechazo por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0 = La terapia asistida no es útil en la volición de los niños con Parálisis Cerebral del colegio la Alegría en el Señor) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1 = La terapia asistida es útil en la volición de los niños con Parálisis Cerebral del colegio la Alegría en el Señor), es decir se acepta la hipótesis planteada en la presente investigación; demostrando así en el estudio la relación entre ambas variables.

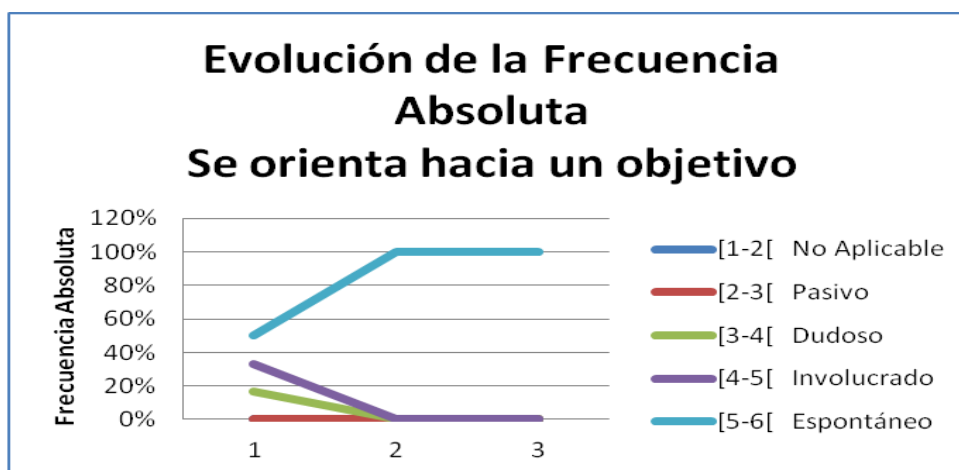
- Se identifica como los indicadores con mayor variación en el estudio a los siguientes:

Gráfica 6.5.4



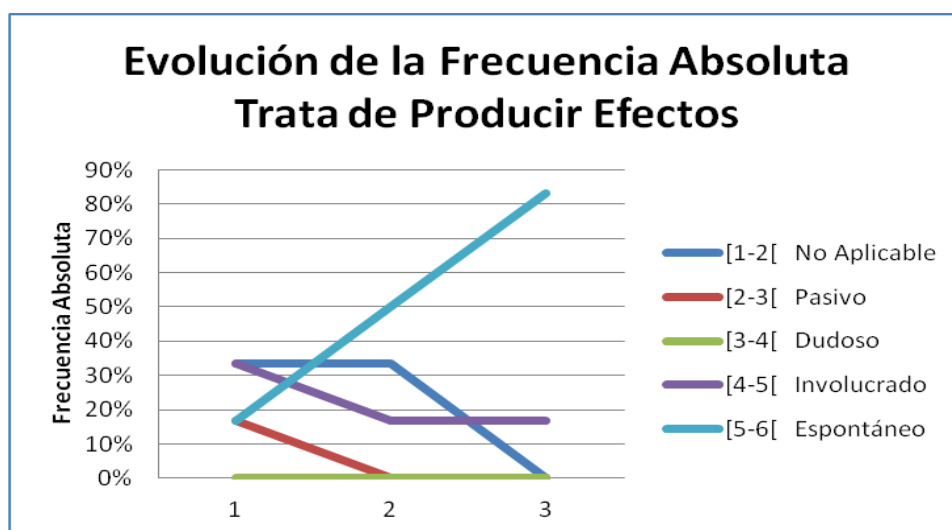
La Gráfica 6.5.4 muestra que el indicador volitivo **Inicia acciones**: en la evaluación I las frecuencias absolutas se encontraban en un 17% en el intervalo pasivo, un 33% en el intervalo involucrado y un 50% en el intervalo espontáneo; al final del estudio los datos reflejan un incremento al 100% de frecuencia absoluta en el intervalo espontáneo.

Gráfica 6.5.5



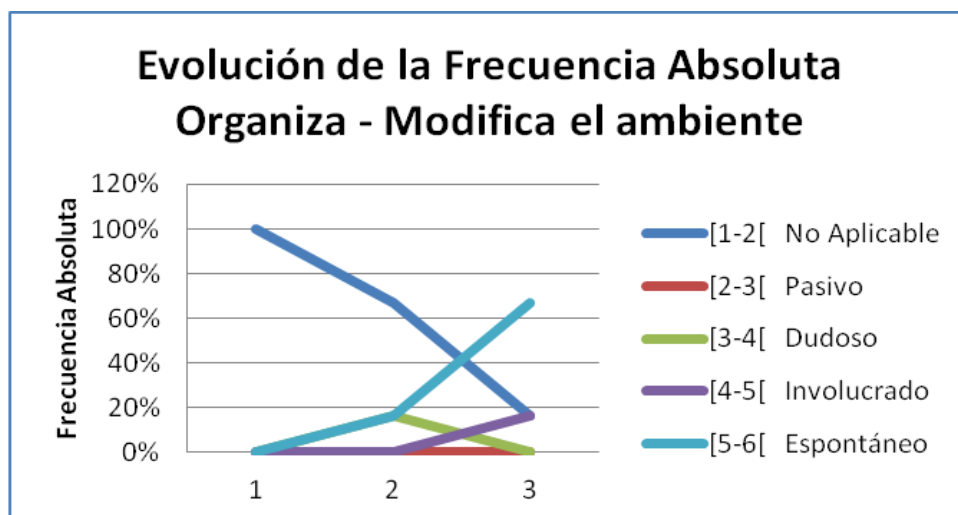
La Gráfica 6.5.5 muestra que el indicador volitivo **Se orienta hacia un objetivo**: en la evaluación I las frecuencias absolutas se encontraban en un 17% en el intervalo dudoso, un 33% en el intervalo involucrado y un 50% en el intervalo espontáneo; al final del estudio los datos reflejan un incremento al 100% de frecuencia absoluta en el intervalo espontáneo.

Gráfica 6.5.6



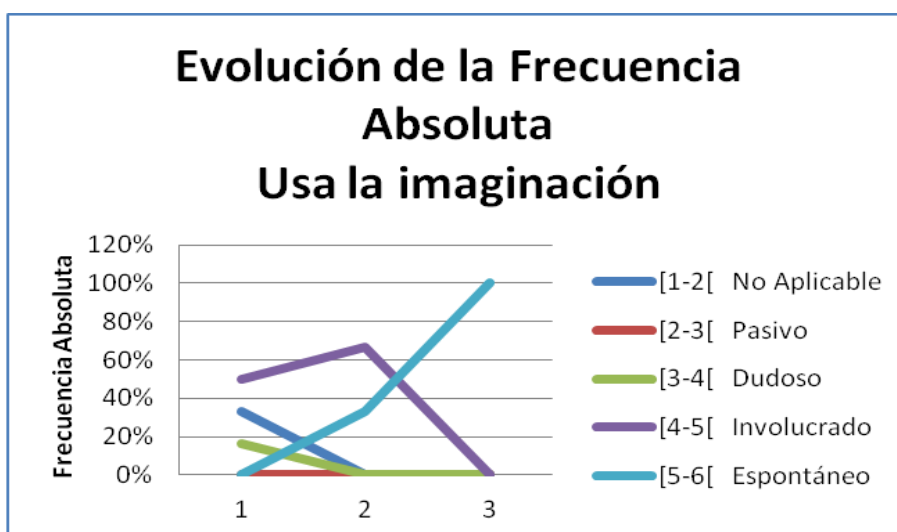
La Gráfica 6.5.6 muestra que el indicador volitivo **Trata de producir efectos:** en la evaluación I las frecuencias absolutas se encontraban en un 17% en el intervalo pasivo, 33% en el intervalo involucrado y un 17% en el intervalo espontáneo; al final del estudio los datos reflejan un incremento al 17% en el intervalo involucrado y un 83% en el intervalo espontáneo.

Gráfica 6.5.7



La Gráfica 6.5.7 muestra que el indicador volitivo **Organiza / modifica el ambiente:** en la evaluación I las frecuencias absolutas se encontraban en un 100% en el intervalo no aplicable; al final del estudio las frecuencias absolutas se encontraron en un 17% en el intervalo no aplicable, un 17% en el intervalo involucrado y un 67% en el intervalo espontáneo.

Gráfica 6.5.8



La Gráfica 6.5.8 muestra que el indicador volitivo **Usa la imaginación**: en la evaluación I las frecuencias absolutas se encontraban en un 17% en el intervalo dudoso y un 50% en el intervalo involucrado; al final del estudio los datos reflejan un incremento al 100% de frecuencia absoluta en el intervalo espontáneo.

- Finalmente se identifica que los diferentes cambios de los indicadores volitivos, se dieron en las siguientes condiciones ambientales:
 - Para la sección Espacio, se identifica que las características ambientales que principalmente se presentaron durante los tres momentos evaluados fueron: Artificial, Interior, Ruidoso y Adecuado.
 - Para la sección Objetos, se identifica que las características ambientales que principalmente se presentaron durante los tres momentos evaluados fueron: No Familiar, Natural, Fabricados, Similares, Disímiles, Complejos, Simples, Escasos Abundantes y Otros factores (por ejemplo tipo de materiales elaborados para trabajar específicamente en TAP, etc.)
 - Para la sección Ambiente Social, se identifica que las características ambientales que principalmente se presentaron durante los tres momentos evaluados fueron: Grupo, Familiar, No Familiar, Pares, Adultos, Desafío Adecuado, Preseleccionados, Otros Factores (Perro).
 - Para la sección Formas Ocupacionales, se identifica que las características ambientales que principalmente se presentaron durante los tres momentos evaluados fueron: No Familiar, Familiar, Estructurada, Desafío Adecuado, Preseleccionado y Otros Factores (por ejemplo roles que asumen los niños como rol de cuidadores, de guías, etc.)

CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN

- De acuerdo a la información revisada, en el país no hay reportes oficiales acerca del uso de este tipo de abordaje terapéutico (TAP) como intervención continua para niños con diagnóstico de Parálisis Cerebral, lo que hace difícil confrontar con precisión cuáles fueron los fundamentos terapéuticos sobre los cuales se dieron los cambios favorables obtenidos. O'Sullivan en su libro "Strategies to improve motor function"³⁰; indica que los efectos producidos en el sistema autónomo parasimpático se traducen finalmente en respuestas como el efecto calmante, inhibición generalizada, disminución de las respuestas de lucha y desensibilización de la piel, que en suma pueden influir en la adaptación del tono muscular. Por lo que podemos decir que tales efectos obtenidos mediante la interrelación con el Perro de Terapia influyen en que los niños se sientan más motivados por el hacer, pues perciben mayor posibilidad de desempeñarse efectivamente en una tarea. Lo cual respalda la utilidad de la terapia asistida con perros en la volición de niños con Parálisis Cerebral.

- Por otra parte el estudio de Nimer y Lundahl: Animal-Assisted Therapy: A Meta-Analysis³⁰, concluyen que la TAA se muestra prometedora al adicionarse a las intervenciones tradicionales, conclusión a la que nos sumamos, así cabe mencionar también que el estudio realizado por Wolff y Frishman, en su publicación Animal-Assisted Therapy in Cardiovascular Diseases³⁰, indican efectos positivos de la interacción con animales en el sistema cardiovascular con la disminución en la presión arterial y el amortiguamiento de la respuesta a estrés. Ambos estudios nos ayudan a sustentar los resultados obtenidos en la presente investigación; pues los efectos que se registran impactaría directa y favorablemente la motivación por el hacer.

- Este trabajo evidencia significativo impacto favorable en la volición de nuestra población de estudio, lo que brinda un punto de partida relevante para futuras investigaciones en el campo de la Terapia Ocupacional asistida con animales; ya que la motivación hacia la terapia por parte de personas con determinado diagnóstico que requiera de largos periodos de rehabilitación como es el caso de niños con diagnóstico de Parálisis Cerebral, es un factor trascendental tanto para la permanencia y desempeño, participación activa en el tratamiento, como para los resultados del mismo. Así este valor que rescata nuestra investigación, Wolff y Frishman, lo documentan también registrando que en la terapia asistida con animales, se reconoce el valor del contacto con el perro, pues produce efectos físicos y emocionales que favorecen el desempeño del paciente.

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

8.1 CONCLUSIONES

- La Causalidad persona, Valores e Intereses de los niños fueron impactados de forma positiva por la presencia del Perro de Terapia debido a que hubo una influencia directa en los pensamientos y sentimientos volitivos, lo que explica la creciente motivación por el hacer, esto se refleja en los resultados obtenidos, donde finalizado el estudio los diferentes indicadores volicionales en promedio alcanzaba en el 100% de niños la etapa de logro.

Por tal motivo concluimos que la terapia asistida con perros es útil para desarrollar la volición de niños con Parálisis Cerebral en segundo grado de primaria del colegio La Alegría en el Señor.

- Por otra parte, las emociones generadas por el contacto directo o indirecto con el animal, originaron comportamientos que los comprometieron a actuar con un significado lógico y además promovieron el incremento del sentido de

capacidad personal y control en toda la población de estudio, lo cual se evidenció en la participación más activa de los niños en la intervención terapéutica y en la disposición para el uso de sus habilidades y el disfrute de hacerlo, para enfrentar satisfactoriamente las demandas de las actividades asistidas con Viruta.

- El estudio evidenció que los indicadores volicionales en su totalidad atravesaron variaciones favorables, éstas mostraron que los tres niveles de cambio volicional “exploración, competencia y logro” fueron influenciados de manera positiva; debido a que la terapia asistida con perros otorga al niño el constante deseo de interactuar con el ambiente (favoreciendo de este modo la etapa de exploración en los niños); así también el abordaje mencionado, facilita la incorporación de nuevas maneras de hacer las cosas aprendidas en la etapa anterior, es decir facilita la “competencia”, pues los niños buscaron interactuar activamente con el ambiente y a la vez se esforzaron por ejercer influencia sobre éste (dictaban comandos al animal hasta que éste logre hacer lo que los niños esperaban, invertían esfuerzo para realizar de manera exitosa una actividad o tarea dedicada al animal y disfrutaban del éxito obtenido); mostrando un desempeño consistente y satisfactorio lo que permitió alcanzar la etapa de “logro”.
- La presencia del Perro de Terapia y la creciente interacción con éste propició el grado progresivo de expresión volitiva de los niños en sus sesiones terapéuticas. En la intervención ejecutada, el perro se convirtió en una herramienta singular, que no solamente cumplió el papel de un objeto interesante cualquiera, sino que la simple presencia del perro suscitó en los niños a interactuar con éste; y conforme se fueron incrementando las oportunidades de interacción con el animal (mayor número de sesiones) los vínculos generados propiciaron en los usuarios mayor interés por participar activamente en las sesiones terapéuticas.
- Al finalizar el estudio los indicadores volitivos en los que se evidenció mayor variación fueron: Inicia acciones, Se orienta hacia un objetivo, Trata de producir efectos, Organiza / modifica el ambiente y Usa la imaginación; pero además podemos afirmar que todos los indicadores volicionales en su totalidad

atravesaron variaciones favorables, éstas mostraron que los tres niveles de cambio volicional “exploración, competencia y logro” fueron influenciados de manera positiva; esto debido a que la terapia asistida con perros otorga al niño el constante deseo de interactuar con el ambiente (favoreciendo de este modo la etapa de exploración en los niños); así también el abordaje mencionado, facilita la incorporación de nuevas maneras de hacer las cosas aprendidas en la etapa anterior, es decir facilita la “competencia”, pues los niños buscaron interactuar activamente con el ambiente y a la vez se esforzaron por ejercer influencia sobre éste (dictaban comandos al animal hasta que éste logre hacer lo que los niños esperaban, invertían esfuerzo para realizar de manera exitosa una actividad o tarea dedicada al animal y disfrutaban del éxito obtenido); mostrando un desempeño consistente y satisfactorio lo que permitió alcanzar la etapa de “logro” en el total de indicadores (es importante considerar que en el indicador organiza y modifica el ambiente si bien el 100% de la población no expresó su volición en grado espontaneo, sí se evidencia un alto porcentaje que lo hizo 67% y el resto 17%, en grado involucrado); debido a que los niños intentaron dominar diferentes habilidades moderadamente desafiantes para ellos (uso de cubiertos, uso de instrumentos de higiene, adoptar roles nuevos como rol de cuidador, rol de guía, rol de amigo, entre otros) y empezaron a incorporaron una nueva área de participación ocupacional en su vida.

- Las condiciones ambientales dadas durante el proceso de la intervención, si bien fueron similares durante todo el proceso, tras cada etapa de evaluación, el uso de la hoja de registro de características ambientales permitió identificar y cambiar situaciones o condiciones que restringían o limitaban de algún modo la expresión volitiva de los participantes (por ejemplo mejorar la ubicación de la evaluadora y voluntarios durante las sesiones de terapia para no distraer o intimidar a los participantes susceptibles a ello, limitar el número de objetos que manejaban si esto los desorganizaban, a su vez ubicar a los materiales en superficies más accesibles a los niños y menos accesibles al animal para mejorar el orden de la sesión y evitar distracción del Perro de Terapia -por ejemplo con la comida-, etc.) así finalmente las condiciones ambientales en las que se desarrolló la presente investigación, en sus cuatro secciones (espacio, objetos, ambiente social y formas ocupacionales) giraron en relación a la figura y constancia del animal, además estuvieron directamente relacionadas con el

trabajo que se ejercía con el Perro de Terapia (por ejemplo: objetos y formas ocupacionales diseñados para enseñar, cuidar, alimentar, vestir, jugar, celebrar, etc. con el Perro de Terapia); esta diversidad de condiciones, si por lo menos no fue constante, dirigieron favorablemente la acción de cada niño, pues brindaron variedad de oportunidades que nutrían la expectativa de los participantes por lo que se evidenciaron conductas particulares (como esforzarse para realizar ajustes posturales más precisos y frecuentes, mayor uso de la comunicación oral dirigida e intencionada, interrelación social más fluida, entre otros) que los propios niños buscaban sostener para mantener una participación activa y desempeño favorable en su terapia.

8.2 RECOMENDACIÓN/SUGERENCIAS

- El Cuestionario Volitivo Pediátrico es una batería que debe ser empleada al inicio de todo proceso de intervención de Terapia Ocupacional, debido a que proporciona información valiosa al terapeuta acerca de la etapa en la que se encuentra la volición del niño, además brinda datos importantes sobre los elementos del ambiente -social o físico- y cómo estos impactan en la volición del usuario positiva o negativamente; esto ayudará a formular con mayor precisión nuestros objetivos de tratamiento, ya que un mayor grado de motivación, ayudará al niño a involucrarse más en su terapia y así facilitará en la rehabilitación el alcance de los objetivos propuestos.
- La terapia asistida con animales puede ser una herramienta útil para el trabajo de los terapeutas ocupacionales, se recomienda implementar esta herramienta debido a que impacta positivamente en el paciente ayudándolo a involucrarse más en su proceso de tratamiento.
- Investigar y hacer uso de la terapia asistida con animales no sólo en poblaciones pediátricas sino también en otras (como geriatría, psiquiatría, etc.); debido a que hay antecedentes que reportan resultados favorables.
- Esta investigación es un estudio piloto, que puede servir de base para futuras investigaciones, por lo que se recomienda llevar a cabo estudios de este tipo, con una población más grande que genere datos estadísticos más significativos.
- En nuestro país, en las distintas áreas de rehabilitación, incluida el área de Terapia Ocupacional, la innovación terapéutica es una necesidad en el tratamiento de personas que requieren largos periodos de intervención, como es el caso de nuestros usuarios con Parálisis Cerebral, por lo que sugerimos que el personal involucrado en el tema gestione apoyo tanto de las instituciones que prestan servicios de salud como de las educativas, pues solo así será posible avanzar en investigación que arroje evidencia científica sobre el uso de abordajes terapéuticos alternativos.

8.3 LIMITACIONES

- Dificultades para coincidir y conseguir fechas de ejecución de la investigación factibles a la vez para ambas instituciones (Bocalan y Colegio La Alegría en el Señor), por tratarse de entidades independientes con agendas establecidas, motivo por el cual no se pudo llevar a cabo la investigación en la fecha que nos propusimos en primera instancia.
- Dificultad con los ambientes del colegio, debido a que las sesiones de terapia tuvieron que ser llevadas a cabo en un ambiente adaptado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Centro Caren Neurorehabilitación [homepage en internet]. Buenos Aires, Argentina; c2009 [actualizada 10 junio 2012; consultado 10 junio 2012]. Disponible en: http://www.neurorehabilitacion.com/paralisis_cerebral_infantil1.htm
- 2) Pilar Póo Argüelles: Parálisis Cerebral Infantil. Protocolos Diagnóstico Terapéutico de la Asociación Española de Pediatría: Neurología Pediátrica. [Revista on-line] 2008 [consultado 18 Abril 2012]; 2º ed. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>
- 3) My Child Without Limits.org. Problemas de salud comunes asociados con la Parálisis Cerebral [homepage en internet]. Washington; c2014 [actualizada 20 enero 2014; consultado 20 enero 2014]. Disponible en: <http://www.mychildwithoutlimits.org/understand/cerebral-palsy/cerebral-palsy-common-health-problems/?lang=es>
- 4) Kielhofner G. Terapia Ocupacional Modelo de Ocupación Humana Teoría y Aplicación. 3a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004.
- 5) Cristina Lara Bonilla: Terapia Asistida Con Animales (TAA). Fuente de recursos para el Terapeuta Ocupacional. Terapia Ocupacional.com [Revista on-line] 2004 [consultado 28 mayo 2012]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/CanHotel.shtml>
- 6) Fundación Trifolium [homepage en Internet]. España; c2014 [actualizada 22 enero 2014; consultado 22 enero 2014]. Disponible en: <http://www.fundaciontrifolium.org/index.php?start=15>
- 7) Aubrey F. Animal assisted therapy theoretical Foundations and Guidelines for Practice. California facilitacin-de-las-habilidades-de: Academic Press; 2000.
- 8) Cuairán Félix, V. A. Equipo Técnico de la Asociación Nuevo Horizonte. Facilitación de las Habilidades de Comunicación y Socialización de Alumnos con Autismo a Través de la Terapia Asistida por Animales [Proyecto de innovación curricular]. Madrid: Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid. Abril. 2011.
- 9) Martínez Artime, A. Matilla Martínez, M. Todó Llorens, M. "Terapia Asistida con Perros" [Tesis on line]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona Facultad de Veterinaria: 2011 [consultado 22 de Agosto del 2012]. Disponible en: <http://ddd.uab.cat/record/80131?ln=es>

- 10) Salama, I. Lleras, F. Esteban, A. "Síndrome de Kanner (Autismo) y perros" [Investigación Científica]. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid. Escuela de Psicología; 2008
- 11) Felipe Castaño, D. Gómez V. Cambios en las narrativas de los padres sobre su hijo (a) con Parálisis Cerebral debido a la hipoterapia [Tesis]. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología; 2005. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/psicologia/tesis05.pdf>
- 12) Seoane Bouzón César, Terapia Asistida con Animales en la Asociación Amencer – ASPACE [Artículo on-line] 2011 [consultado 15 junio 2012]. Disponible en: <http://www.orzancongres.com/ponencias/paralisis/022.pdf>
- 13) Mariscal Teo. Parálisis Cerebral y Terapia Asistida con Animales I. Isaac y Tosha – Fundación Bocalán. Todo Perros [Revista on-line] 2009 [consultado 22 julio 2012]. Disponible en: http://www.labradoresdebocalan.com/paralisis_cerebral.pdf
- 14) Mejía Rosas Fabiola, Paz Romero Magali, Rolón Lacarriere Oscar G, Bermudez Jiménez Arturo. "Nivel volicional en juego mediante asistencia tecnológica en pacientes con Parálisis Cerebral infantil, tipo cuadriparesia espástica grado moderado". Revista Mex Neuroci. 2010; 11(6):451-456
- 15) Grupo para el estudio de la violencia hacia humanos y animales GEVHA [homepage en internet]. Madrid, España; c 2013 [actualizada 23 julio 2013; consultado 22 enero 2014]. Disponible en: <http://www.gevha.com/aplicacion/relacion/1352-terapia-amb-animals-per-a-infants-i-adolescents-maltractats>
- 16) Manual de Terapia Asistida con Animales Fundación Bocalán España – Asociación Bocalán Perú. II Curso de formación en Terapia Asistida con Animales Lima – Perú 2012- 2013.
- 17) Southern Partners Australian Labradoodles: Terapia Asistida [homepage en internet]. Argentina [actualizada 22 junio 2012; consultado 22 junio 2012]. Disponible en: http://www.spalkennel.com.ar/pages/terapia_asistida/.
- 18) Burch M. Volunteering with your pet, how to get involved in animal – assisted therapy with any kind of pet. New York: Howell books; 1996.
- 19) Asociación Bocalan Perú. Artículo ¿Qué es un animal de Terapia? II Curso de formación en Terapia Asistida con Animales Lima – Perú 2012- 2013.
- 20) Zurelis Santana, Jorge. Modelos propios para la práctica de la Terapia Ocupacional. Espacio T.O. Venezuela [Revista on-line]; 2009 [consultado 8 junio 2012]; N° 3. Disponible en: http://espaciotovenezuela.com/pdf_to/modelospropiosto.pdf

- 21) Semonti Basu, Ana Kafkes, Rebecca Schatz, Anne Kiraly, and Gary Kielhofner. The Pediatric Volitional Questionnaire – PVQ Volitional Continuum (Form C). Version 2.1, 2008
- 22) CIE 10 en español [homepage en internet]. c2014 [actualizada 18 enero 2014; consultado 18 enero 2014]. Disponible en: http://cie10.org/Cie10_Buscar_Consultar_En_Linea.php?CapsSel=&GrpSel=&CatSel=undefined&SubCatSel=0&txtWords=&Tab=PorNum&txtNum=G80#PorNum.
- 23) Levit S. Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del retraso motor. Madrid: Ed. Panamericana; 2001.
- 24) Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. 10ma ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005.
- 25) Turner A., Foster M., Johnson S. Terapia Ocupacional y Disfunciones Físicas. 5ta ed. Madrid: Ed. Elsevier; 2003.
- 26) Flor Camacaro. Desempeño funcional de pacientes con Parálisis Cerebral infantil tipo diplejía espástica. Consulta de rehabilitación infantil del servicio de medicina física y rehabilitación Dr. Regulo Carpio. Hospital Central Universitario Antonio María Pineda. [Tesis]. Venezuela: Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado; 2010. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWS342DV4C352010.pdf>
- 27) Ciencia al día: Parálisis Cerebral o Parálisis de la vida [homepage en internet]. Colombia; c 2014 [actualizada 23 enero 2014; consultado 23 enero 2014]. Disponible en: <http://aupec.univalle.edu.co/informes/febrero98/cerebro.html>
- 28) Rosa Rivero A, Montero García Celay I, Cruz Lorente M. El niño con Parálisis Cerebral: enculturación, desarrollo e intervención. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia : CIDE; 1993.
- 29) Semonti Basu, Ana Kafkes, Rebecca Geist, Gary Kielhofner. Traducción del Inglés: Judith Abelenda. Manual del Usuario del Cuestionario Volicional Pediátrico – Hoja de Registro de Características Ambientales. Versión 2.0. Chicago; 1998
- 30) Fabiola Moscoso A. Caninoterapia para la atención de pacientes con evento cerebrovascular – estudio piloto. [Tesis de maestría]. Colombia: Universidad Sergio Arboleda, 2009. Disponible en: <http://www.usergioarboleda.edu.co/docencia/caninoterapia-cerebrovascular.html>

ANEXOS

ANEXO 1

PVQ v2.1 Volitional Continuum Form (Form C)

	Level of Volitional Development	Name: _____		PVQ Ratings Needs more support Needs less support				
		Examiner: _____						
	Date: ____/____/____ PVQ Session: I (or) II							
	Setting/ Occupation: _____							
	Achievement	Uses Imagination	N/O	P	H	I	S	
		Organizes/ Modifies Environment	N/O	P	H	I	S	
		Seeks Challenges	N/O	P	H	I	S	
		Pursues Activity to Completion	N/O	P	H	I	S	
	Competency	Tries to Solve Problems	N/O	P	H	I	S	
		Practices Skill	N/O	P	H	I	S	
		Expresses Mastery Pleasure	N/O	P	H	I	S	
		Task Directed	N/O	P	H	I	S	
	Exploration	Stays Engaged	N/O	P	H	I	S	
		Tries New things	N/O	P	H	I	S	
		Tries to Produce Effects	N/O	P	H	I	S	
		Shows Preferences	N/O	P	H	I	S	
Initiates Actions		N/O	P	H	I	S		
	Shows Curiosity	N/O	P	H	I	S		
N/O= Not Observed P = Passive: Does not show behavior even with support, structure, or encouragement H = Hesitant: Shows behavior with maximal amount of support, structure, or encouragement I = Involved: Shows behavior with minimal amount of support, structure, or encouragement S = Spontaneous: Shows behavior without support, structure, or encouragement								
Interpretation of Volitional Levels Exploration Level: Child has a desire engage in the environment for pleasure and enjoyment, and to make discoveries in low situations Competency Level: Child has a drive to actively interact and influence the environment, practice skills, and meet performance standards. Achievement Level: Child strives to increase their capacity do a challenging task and to have successful performance outcomes.								

Semonti Basu, Ana Kafkes, Rebecca Schatz, Anne Kiraly, and Gary Kielhofner. The Pediatric Volitional Questionnaire – PVQ Volitional Continuum (Form C). Version 2.1, 2008

ANEXO 2

Cuestionario Volicional Pediátrico – Registro de las Características Ambientales

Nombre: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	
Sexo: M _____ F _____	
<p style="text-align: center;">Espacio</p> <p>Lugar de la Observación: _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Interior <input type="checkbox"/> Tranquilo </div> <div> <input type="checkbox"/> Artificial <input type="checkbox"/> Aire Libre <input type="checkbox"/> Ruidoso </div> </div> <p>Espacio para Moverse:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Adecuado </div> <p>Otros Factores que Influyen sobre la Volición: _____</p>	<p style="text-align: center;">Objetos</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Naturales <input type="checkbox"/> Similares <input type="checkbox"/> Simples <input type="checkbox"/> Escasos </div> <div> <input type="checkbox"/> No Familiares <input type="checkbox"/> Fabricados <input type="checkbox"/> Disímiles <input type="checkbox"/> Complejos <input type="checkbox"/> Abundantes </div> </div> <p>Otros Factores que Influyen sobre la Volición: _____</p>
<p style="text-align: center;">Ambiente Social</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupo (Cantidad de Personas): _____ </div> <div> <input type="checkbox"/> Uno a Uno </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Pares <input type="checkbox"/> Elegido por el Niño </div> <div> <input type="checkbox"/> No Familiar <input type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Preseleccionado </div> </div> <p>Otros Factores que Influyen sobre la Volición: _____</p>	<p style="text-align: center;">Formas Ocupacionales</p> <p>Actividad en la que el Niño Participa: _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Estructurada <input type="checkbox"/> Desafío Adecuado <input type="checkbox"/> Elegida por el Niño </div> <div> <input type="checkbox"/> No Familiar <input type="checkbox"/> No Estructurada <input type="checkbox"/> Desafío Inadecuado <input type="checkbox"/> Preseleccionada </div> </div> <p>Otros Factores que Influyen sobre la Volición: _____</p>

Semonti Basu, Ana Kafkes, Rebecca Geist, Gary Kielhofner. Traducción del Inglés: Judith Abelenda. Manual del Usuario del Cuestionario Volicional Pediátrico – Hoja de Registro de Características Ambientales. Versión 2.0. Chicago; 1998

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UTILIDAD DE LA TERAPIA ASISTIDA CON PERROS EN LA VOLICIÓN DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL EN EL SEGUNDO GRADO DE PRIMARIA DEL COLEGIO LA ALEGRÍA EN EL SEÑOR

LA MOLINA, SETIEMBRE 2013

Investigadoras:

FLORES CORTIJO, Rosario Katherine

LINO SALVADOR, Gina Cecilia

Propósito

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con especial referencia la escuela académico profesional de Tecnología Médica y su carrera profesional de Terapia Ocupacional, hace estudios sobre la salud, así como la implementación de nuevos tratamientos y técnicas en rehabilitación para proporcionar mayores beneficios en la recuperación y calidad de vida del paciente.

Participación

Este estudio tiene como finalidad verificar la utilidad de la terapia asistida con perros en la volición de niños con Parálisis Cerebral infantil.

Si usted aprueba que su hijo participe en dicha investigación, será beneficiado de manera gratuita al programa de intervención, el cual consta de 12 sesiones de 30 minutos cada una en sus respectivos horarios de clases. Dichas sesiones se realizarán de lunes a viernes 3 veces por semana, las que se llevaran a cabo dentro del mes de Setiembre del presente año). Dentro de estas sesiones se realizarán evaluaciones periódicas, programadas en tres

fechas, la primera de ella será al inicio de la intervención, la segunda se llevará a cabo en la sexta sesión de terapia y la tercera se realizará al culminar con las sesiones de intervención, es decir, en la última sesión de terapia. Estas evaluaciones constantes permitirán detallar los avances que su menor hijo obtuvo a lo largo de las sesiones de intervención. Durante la ejecución de las terapias se llevaran a cabo algunas tomas fotográficas y filmación de videos; que, sí o solo sí serán utilizadas por las investigadoras o las instituciones colaboradoras para sustentar los resultados de la investigación (no se emplearán en ninguna otra circunstancia).

Riesgos del Estudio

Este estudio no representa ningún riesgo para su menor hijo/a, si bien el estudio cuenta con la participación de un can como herramienta terapéutica, éste se encuentran debidamente certificado por la institución Bocalan para desarrollar dicho papel, además contará con una preparación previa a las sesiones terapéuticas que apuntan al cuidado de la salud del participante.

Beneficios del Estudio

Es importante señalar que con la participación de su hijo/hija, ustedes contribuyen a ampliar los conocimientos en el campo de la rehabilitación de niños con Parálisis Cerebral infantil.

Las sesiones serán llevadas a cabo y supervisadas por personal altamente competentes, además de ser respaldadas por la UNMSM y por la institución Bocalan, la cual tiene una prestigiosa trayectoria a nivel internacional en el campo de terapia asistida con perros; por lo tanto dicha institución aportará al can de terapia “Viruta”, una Labrador Retriever, entrenada y certificada internacionalmente para poder participar en sesiones de terapia.

Al concluir el estudio se otorgará a cada padre de familia un informe de la evolución de su menor hijo, es decir, de los avances volicionales que han obtenido a lo largo de esta intervención.

Costo de la Participación

Como se mencionó anteriormente la participación en el estudio no tendrá ningún costo ni gasto alguno para usted.

Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información. Sin embargo, dada la importancia de la investigación resulta imprescindible contar con un registro filmico (con las condiciones de uso y privacidad mencionadas anteriormente) de las sesiones a realizar.

Asimismo, se le asignará un código a cada uno de los participantes, y este número se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, entre otros; de manera que el nombre del niño o niña permanecerá en total confidencialidad. Con esto ninguna persona ajena a la investigación podrá conocer los nombres de los participantes.

Requisitos de Participación

Niños que pertenecen al segundo grado de primaria del colegio Alegría en el Señor y que tengan como diagnóstico Parálisis Cerebral Infantil.

Cabe resaltar que si usted no desea que su menor continúe participando en el estudio, puede retirarlo (la) en cualquier momento, sin que esto le ocasione alguna multa, penalidad o gasto adicional.

Donde conseguir información

Para cualquier consulta, queja o comentario favor comunicarse con Katherine Flores al número 991371916 o con Gina Lino al número 999741716, donde serán atendidos ante cualquier duda e inquietud acerca de la investigación.

Declaración Voluntaria

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) de la forma de cómo se realizará el estudio. Estoy enterado(a) también que puedo participar o

no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia de parte del equipo, del colegio o de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Por lo anterior, acepto voluntariamente que mi menor hijo (a) y/o apoderado (a) participe en la investigación de:

“Utilidad de la terapia asistida con perros en la volición de niños con Parálisis Cerebral en segundo grado de primaria del colegio La Alegría en el Señor”.

Nombre del declarante: _____

DNI: _____

Dirección _____

Nombre de su Niño/a _____

Fecha: ____/____/2013 Firma del declarante _____

Investigadoras:

Nombre del investigador 1: _____

DNI: _____ celular _____

Firma:

Nombre del investigador 2: _____

DNI: _____ celular _____

Firma:

ANEXO 4

Fotos de Sesiones de Intervención



Evaluación I: Ritual de entrada: saludo del Perro de Terapia
(comando junto)



Evaluación I: Ritual de entrada: saludo del Perro de Terapia
(comando mano)



Evaluación I: Desarrollo de la sesión (comando suelta)



Evaluación I: Desarrollo de la sesión (comando lleva)



Evaluación II: Desarrollo de la sesión (comando suelta)



Evaluación II: Desarrollo de la sesión (comando head down)



Evaluación II: Desarrollo de la sesión (comando mira)



Evaluación II: Desarrollo de la sesión (comando sentado y mira)



Evaluación III: Ritual de entrada (comando quieto)



Evaluación III: Desarrollo de la sesión (comando quieto y junto)



Evaluación III: Desarrollo de la sesión (comando quieto y junto)



Evaluación III: Desarrollo de la sesión (alimentando al Perro de Terapia)



Evaluación III: Desarrollo de la sesión (comando quieto)



Evaluación III: Desarrollo de la sesión (alimentando al Perro de Terapia empleando una cuchara)



Evaluación III: Ritual de Salida (comando gracias)



Equipo de Trabajo (Investigadoras, Técnico de Terapia Asistida con Animales, Perro de Terapia y menor participante).